

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 180

Tuberculose du Sac Lacrymal

ET SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix VINCENT

Né à Toulon, le 3 Mai 1874



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, RUE STELLA, 3

1900

Tuberculose du Sac Lacrymal

ET SON TRAITEMENT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552407_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 180

Tuberculose du Sac Lacrymal

ET SON TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix VINCENT

Né à Toulon, le 3 Mai 1874



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.		OLLIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	PONCET.
Physique médicale		FOCHIER.
Chimie médicale et pharmaceutique	{	GAYET.
Chimie organique et Toxicologie.		GAILLETON.
Matière médicale et Botanique.	{	PIERRET.
Parasitologie		MONOYER.
Anatomie.	{	HUGOUNENQ.
Anatomie générale et Histologie		CAZENEUVE.
Physiologie	{	FLORENCE.
Pathologie interne		LORTET.
Pathologie externe	{	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique	{	MORAT.
Médecine opératoire.		TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée	{	AUGAGNEUR.
Médecine légale		MAYET.
Hygiène	{	TRIPPIER.
Thérapeutique		POLLOSSON (M.)
Pharmacie	{	ARLOING.
		LACASSAGNE.
	{	COURMONT.
		SOULIER.
	{	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COURMONT, Président ; M. WEIL, Assesseur ;
MM. ROLLET et COLLET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J. COURMONT

INTRODUCTION

La tendance actuelle de la Médecine est de ramener un certain nombre de maladies à un même principe, de chercher quelle est sous différentes formes la manifestation du même virus. C'est la pathogénie qui préoccupe le plus nos cliniciens, persuadés qu'ils sont, qu'étant donné la spécificité des germes, les traitements trouveront des applications plus appropriées. — C'est dans le but de contribuer à cette étude de simplification que nous avons fait notre thèse, cherchant un principe auquel rattacher nombre d'affections du sac dont la ténacité, la résistance aux traitements ordinaires, ont fait soupçonner la nature maligne.

Jaulin, dans une thèse fort documentée, fait tout au long l'histoire de la tuberculose du sac lacrymal ; nous ne saurions rien ajouter à ce travail, rappelons toutefois que cette affection, soupçonnée par de Wecker et Masselon, Kirmisson, Delens, Valude, est citée par Wotjaziowitz en 1887 et affirmée seulement en 1889, quand arrivent les observations probantes de Haab(89),

Loidhot (89), Fick (91), Arnozan, Bock, Jacquet, Jaulin (94).

Nous ne pouvons donner ici les résultats de notre propre expérience, mais nous avons cru pouvoir, sans être taxé de présomptueux, tirer certaines conclusions de l'étude des différents travaux faits sur le sac lacrymal et de l'apport des observations récentes de M. le professeur agrégé Rollet.

Avant d'aborder notre sujet, la bienveillance dont nous avons été l'objet de la part de nos Maîtres, nous fait un devoir de leur témoigner notre reconnaissance. Les services qu'ils nous ont rendus durant tout le cours de nos études sont au-dessus des compliments que nous pourrions leur adresser et nous nous contentons de citer ici leur nom comme l'expression de nos sentiments reconnaissants et dévoués.

Professeur agrégé, ROLLET, chirurgien des Hôpitaux.

Docteur ROUGIER, médecin honoraire du Dispensaire.

Docteur DOR, professeur honoraire de l'Université de Berne.

Docteur MOUISSET, médecin des Hôpitaux.

Docteur RIVIÈRE, médecin du Dispensaire.

CHAPITRE PREMIER

Pourquoi penser à la tuberculose dans le sac lacrymal.

La recherche de la tuberculose dans les affections du sac lacrymal est motivée pour nous par différentes raisons dont les principales sont les suivantes : c'est d'abord l'insuccès des différents traitements employés ordinairement contre certaines dacryocystites à type spécial, traitements exercés entre les mains des meilleurs praticiens ; cet insuccès, comparé au succès toujours croissant de l'extirpation méthodique et complète du sac, nous met en éveil contre un principe infectieux *in loco*. Ensuite l'élimination de la dacryocystite syphilitique chez des individus indemmes de cette tare, et le peu de susceptibilité du sac à l'égard des néoplasmes d'un côté, quand d'autre part nous remarquons l'analogie évidente avec des tumeurs blanches de certaines dacryocystites chroniques accompagnées d'adénite, se manifestant chez des individus réputés ou reconnus

tuberculeux. Enfin, quelques données anatomo-pathologiques ou expérimentales nous font voir dans quelques cas, quoique encore rares, des nodules tuberculeux dans le sac lacrymal et la transmission de la tuberculose par leur inoculation.

La tuberculose du sac lacrymal longtemps soupçonnée n'a été décrite que récemment, et cependant depuis longtemps le sac lacrymal a été l'objet, le point visé dans le traitement des voies lacrymales. Les anciens portaient déjà le fer et le feu sur cet organe, alors qu'ils ne connaissaient pas encore l'anatomie de la région. Aétius, Galien, puis les Arabes et les chirurgiens du Moyen Age agissaient à l'aveugle sur le sac. Aétius insiste même sur la cautérisation des points lacrymaux, cependant Fallope croyait encore que les larmes cheminaient vers l'œil par les canalicules et les points lacrymaux. En 1702, Sthal établit le premier que la fistule succède à un abcès du sac et il faut arriver à Maître Jean et Anel pour trouver établi nettement le rôle des voies excrétoires des larmes. Chose curieuse, plus nous nous rapprochons de l'époque actuelle et plus les praticiens semblent s'écarter de l'intervention sur le sac; malgré les facilités que l'antisepsie fournit à la chirurgie, c'est au sondage que l'on s'adresse de préférence : on s'ingénie à façonner des sondes qui pourront surmonter tous les obstacles et rester à demeure; on assimile les voies lacrymales aux voies urétrales, on fabrique des sondes médicamenteuses, des sondes dilatatrices; que sais-je... Certainement des motifs poussent les praticiens dans cette voie, et ces motifs sont des préjugés

sur certaines propriétés des larmes ou du sac et sur les conséquences disgracieuses de malades opérés par des maîtres.

Nous parlerons seulement ici de la propriété bactéricide attribuée aux larmes par Valude : nous nous réservons de donner plus loin notre appréciation sur la tolérance de l'œil pour le tubercule (Nitot) et surtout sur les cicatrices vicieuses consécutives aux opérations sur le sac. Valude, encore hanté par cette idée que les larmes mettent l'œil et ses annexes à l'abri des agents morbides, fait un travail documenté qu'il intitule : Action bactéricide des larmes. Valude expérimente sur 22 centimètres cubes de larmes obtenues d'un malade dont les paupières avaient dû être suturées après l'ablation du bord palpébral pour un épithélioma. L'examen clinique montre qu'il s'agissait d'un liquide à réaction légèrement alcaline comme les larmes normales. Ce liquide s'est montré absolument stérile et de plus, fort peu altérable aux ferments de l'air.

Il fut essayé vis-à-vis de différents micro-organismes. La bactéridie charbonneuse, fort sensible aux agents empêchants ou destructeurs, ne peut se développer dans le liquide lacrymal, même les bactéridies charbonneuses adultes perdent leur vitalité lorsqu'elles restent quelque temps en contact avec ce liquide. Le colibacille réagit identiquement. Le staphylocoque doré ne pousse pas sur le liquide lacrymal et le séjour de ce microbe au sein du liquide lui fait perdre en huit jours sa faculté de rajeunissement sur un milieu très nutritif. L'action du liquide lacrymal sur le bacille

de Koch a été cherchée surtout dans les expériences sur les animaux et les résultats sont fort différents de ceux obtenus vis-à-vis des autres microbes. On inocule deux cobayes, l'un avec de la matière tuberculeuse en émulsion dans du liquide lacrymal, l'autre avec la même matière, mais dans de l'eau distillée; ce dernier animal meurt après 35 jours de la tuberculose généralisée et le premier inoculé avec des bacilles ou émulsion avec le liquide lacrymal résista jusqu'à 54 jours. Pour nous cette résistance des larmes aux bactéries doit être attribuée à l'alcalinité du milieu, il est du reste une chose admise que la diminution de résistance aux infections qu'offrent les humeurs naturelles de l'organisme dont l'alcalinité décroît. Mais nous tenons pour relativement factice cette résistance des larmes; il nous semble que si elle était si puissante, nous devrions être moins impuissants à faire l'asepsie de l'œil. Les larmes qui séjournent dans le sac offrent bien plus les désavantages d'un milieu de culture que les propriétés d'un bain antiseptique.

Terson dans une publication récente (1891) insiste avec raison sur l'importance du sac dans les affections des voies lacrymales. D'après Valude, le sac renfermant des réserves de larmes devrait, pour ainsi dire, entretenir les voies lacrymales dans un pansement humide : or, la clinique nous démontre le contraire; dans les simples cas de catarrhe, Terson nous dit : « Le sac est un vrai réservoir purulent, où abondent les colonies microbiennes; dans le cas surtout où le canal est oblitéré au-dessous du sac, les larmes viennent y ajouter les microbes de la conjonctive. » M. Panas, dans ses

dernières publications, abonde dans la même idée que nous en insistant sur le peu de ménagement à prendre, vis-à-vis du sac et l'enlevant toutes les fois qu'il le croit coupable. On voit donc qu'en pratique on ne peut compter sur l'antisepsie faite par les larmes, et que l'on doit entourer d'une thérapeutique énergique les affections des voies lacrymales et surtout du sac. Au Congrès d'ophtalmologie de 1891, Panas disait déjà : « Pour les anciens qui n'ont jamais cessé d'avoir des imitateurs (Hannoni, Desmarres et bien d'autres) tout se réduit à modifier plus ou moins profondément la vitalité du sac ». « Le progrès à accomplir consiste à revenir pour bien des cas de dacryocystite à l'indication première telle qu'elle a été admirablement exposée par Aétius. » Panas insiste sur l'opération radicale et applaudit à l'audace d'Aétius qui recommandait d'y aller largement dans l'intervention « sans crainte de sectionner un ligament palpébral interne, de façon à agir dans tous les méandres de la poche. »

De ces faits il résulte bien l'importance du rôle pathologique du sac dans les affections des voies lacrymales, et le soupçon du chirurgien que dans les cas rebelles de dacryocystites, il y a souvent non pas de la sténose comme dans les voies urinaires, mais un principe infectieux spécifique en dehors des atteintes des antiseptiques ordinaires et que seule une opération sanglante peut extirper : c'est ce principe, qui, par ses manifestations locales et générales nous fait penser à la tuberculose.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie

Quelle est l'origine de la tuberculose du sac lacrymal ?

Si nous considérons la tuberculose primitive du sac, c'est-à-dire les cas où la dacryocystite s'est développée sans qu'il existât déjà des lésions tuberculeuses dans les organes voisins, l'étiologie est assez obscure : peut-être le nombre des observations de dacryocystite tuberculeuse primitive augmentant à l'avenir, ses causes apparaîtront plus nettes ; pour le moment, des publications faites sur ce sujet, il ressort seulement que c'est l'adolescence et le sexe faible qui sont presque toujours atteints. Pourquoi cette préférence ? Voici comme nous l'expliquons : pour la question d'âge, nous ne sortons pas ici de l'évolution ordinaire de la tuberculose, quant aux préférences pour le sac lacrymal, on sait qu'une diathèse en puissance se révèle dans les parties de l'organisme qui offrent le moins de

résistance: souvent les traumatismes amènent cette infériorité d'un organe ou d'un membre et c'est tous les jours que le fait se constate pour les articulations. Ici le traumatisme est rarement mis en jeu quoiqu'il puisse exister pour le sac ce qu'il advint pour la conjonctive dans le cas de Phano, où à la suite d'une opération de strabisme, l'auteur nous dit avoir vu se développer une tuberculose aiguë de la conjonctive. En outre, les jeunes filles sont moins exposées aux traumatismes que les jeunes gens.

Aussi en général, c'est à la suite d'une inflammation persistante, d'une suppuration plus ou moins rebelle de la région que la muqueuse du sac lacrymal devient un lieu de *minus resistentiæ*: c'est sur cette prédisposition fréquente aux dacryocystites congénitales que nous voulons insister, prédisposition qui ressort de la malformation chez de nombreux enfants du canal lacrymo-nasal, et de la constitution même du sac.

Le sac lacrymal, nous dit Albert Tacquet, constitue une sorte de réservoir situé dans l'angle interne de l'œil: il rappelle la forme du cœcum, terminé en cul-de-sac supérieurement, et se continue en bas avec le canal nasal sans ligne de démarcation appréciable à l'extérieur et reçoit à angle droit le tronc commun des deux canalicules lacrymaux, de même que le cœcum reçoit l'intestin grêle; pour compléter l'analogie, il existe à l'embouchure de ce tronc commun une valvule, la valvule de Huschke qui aurait pour rôle illusoire, comme celle de Bauhin, de s'opposer au reflux du liquide.

Le sac et le canal possèdent une muqueuse à épithélium prismatique irrégulier. Les larmes, au sortir des conduits excréteurs des glandes, sont étalées sur le globe oculaire par un mouvement intermittent de l'orbiculaire, le clignement et aussi par les mouvements de l'œil lui-même: elles sont alors en partie évaporées, le reste retenu par les sécrétions grasses des bords ciliaires s'accumule dans le lac lacrymal. De là qu'elles soient aspirées comme le veut de Wecker, par la contraction du muscle lacrymal antérieur qui dilate le sac, puis chassées par le muscle lacrymal postérieur qui le rétrécit en même temps qu'il ferme les conduits lacrymaux; ou bien qu'elles progressent sous l'action du courant d'air nasal (Mathias Duval) sous l'action de la capillarité des canaux et de la contraction de l'orbiculaire.

Peu nous importe, le point intéressant, c'est que les larmes doivent normalement s'écouler du lac dans le sac et du sac dans les fosses nasales par le canal lacrymo-nasal: or si une affection ou une malformation des fosses nasales se produit au niveau de l'orifice inférieur du canal nasal, la rétention des larmes, qui en est la conséquence, fait se développer secondairement des affections du sac et par extension de la conjonctive. Remarquons, en passant, que ce processus d'après lequel le sac est le premier lésé, dans les cas de refoulement des larmes de bas en haut, est bien fait pour montrer la minime importance de la valvule de Husehke comme moyen de protection: Rochon-Duvigneaud, dans son étude sur la pathologie des voies lacrymales, nous montre comment la conforma-

tion anatomique du canal nasal amène des prédispositions chez bien des sujets à l'imperméabilité des voies lacrymales, Rappelons-la, car elle nous expliquera la réceptivité pathogénique du sac vis-à-vis des agents infectieux, et nous guidera pour la prophylaxie de la tuberculose du sac. « Chez le fœtus, l'extrémité inférieure du canal nasal se recourbe vers la ligne médiane en crosse de pistolet, A mesure que le maxillaire se développe en hauteur, le canal nasal se redresse progressivement. A la naissance cependant il garde encore quelque chose de sa courbure primitive. » « Chez le fœtus et le nouveau-né la paroi interne du canal nasal est toujours beaucoup plus anfractueuse et irrégulière que chez l'adulte. On rencontre généralement étagés dans la hauteur du sac et du canal un certain nombre de diaphragmes annulaires à direction généralement transversale quelquefois oblique, c'est-à-dire perforés à leur centre. Leur nombre est variable. Nous en avons vu quatre au maximum. Leur position est également variable et n'affecte aucun rapport avec les parties osseuses ou molles qui environnent les voies lacrymales. Les plus larges sont formés par un simple repli de la muqueuse à elle-même, ils sont alors fort minces. Dans d'autres cas, ils représentent simplement des bourrelets annulaires à base plus ou moins épaisse. Enfin, chez certains sujets, il n'existe ni diaphragmes ni bourrelets, mais les parois du sac et du canal sont très anfractueuses et leur profil sur les coupes dessine une ligne très onduleuse. » Chez l'adulte, les voies lacrymales toujours plus lisses, représentent une simplifi-

cation de celles du nouveau né, une adaptation plus ou moins parfaite à leur fonction de canal excréteur. Il y a donc certainement des canaux que leur configuration irrégulière, leur étroitesse prédisposent aux obstructions.

De plus, le canal nasal du fœtus, dérivant d'une invagination cutanée, ne communique pas primitivement avec les fosses nasales; l'époque de l'abouchement du canal dans les fosses nasales est retardée jusqu'après la naissance; c'est sous l'accumulation croissante des déchets épithéliaux qu'il finit par se dilater et l'ampoule terminale crève : l'époque où se produit cette déhiscence est variable suivant le plus ou moins de résistance de la coiffe muqueuse qui ferme en bas le canal nasal. Il est donc permis de dire que les conditions anatomiques ci-dessus décrites constituent une prédisposition aux dacryocystites congénitales et par suite facilitent l'éclosion dans le jeune âge d'une diathèse qui se manifeste naturellement de préférence dans les points faibles.

Ce rôle mécanique d'obstruction du canal nasal ajouté à l'hérédité et à la misère physiologique nous semble donc de première importance dans la recherche étiologique de la tuberculose du sac lacrymal, surtout de la tuberculose primitive. Dans l'infection secondaire du sac, cette origine est aussi à considérer comme préparant le terrain, mais il y a lieu surtout d'envisager la propagation par continuité et la propagation à distance.

Indépendamment des larmes qui peuvent servir de mode de transmission des germes, comme M. le pro-

fesseur Gayet nous le montre dans son travail si intéressant sur la pullulation microbienne des culs-de-sac conjonctivaux; le contact de l'unguis et surtout la continuité des trois muqueuses, nasale, lacrymale et oculaire, nous offrent une voie toute tracée pour la propagation de l'infection. Ici encore, les fosses nasales sont le principal coupable, et la conjonctive arrive loin derrière elles comme origine de la dacryocystite tuberculeuse; les observations en font foi. « D'après les idées actuelles, nous dit Moldenhauer, l'infection tuberculeuse se fait le plus souvent par l'air inspiré » et de fait, avec l'expansion que prend la rhinologie, ces dernières années, les cas de tuberculose des fosses nasales augmentent chaque jour; malgré cela combien de malades ont des tubercules dans le nez sans s'en apercevoir. Morax nous en fournit une preuve évidente chez sa malade Mme X..., atteinte d'une tumeur double lacrymale, « la malade ne se plaint pas de son nez et Cuvilier trouve seulement une légère hypertrophie: cependant de deux fragments de cette muqueuse nasale, l'un examiné au microscope, révèle la constitution classique du lupus, et l'autre inoculé dans le péritoine d'un cobaye, détermine une tuberculose péritonéale et viscérale mortelle. Les observations d'Armozan parlent dans le même sens et quoique le diagnostic précis de la dacryocystite n'ait pu être fait, faute d'un manque de précaution dans les inoculations, on y voit clairement le processus de l'infection allant du nez au sac pour s'étendre ensuite à la paupière et à la joue. Nous signalons bien d'autres cas à l'appui de cette propagation de continuité de l'affection

de la muqueuse du nez avec celle du sac; que le lecteur veuille bien s'y rapporter.

Pour le moment, étant donné d'une part la fréquence de la tuberculose nasale et d'autre part les nombreux travaux qui constatent la propagation fréquente aux voies lacrymales des affections nasales (Albert Tacquet, Van Millingen, Morand, Quinquaud) nous pouvons conclure à la nécessité pour l'ophtalmologiste de rechercher dans les fosses nasales l'origine des dacryocystites tuberculeuses. Souvent cet examen l'assurera de son diagnostic en lui montrant l'origine du mal, et bien des fois il lui fera soupçonner la nature vraie de certaines dacryocystites chroniques rebelles à tous les sondages, injections ou incisions.

La propagation infectieuse à distance est plus rare et surtout plus difficile à suivre. Elle peut se faire cependant, soit par l'intermédiaire d'un objet extérieur, soit par un liquide de l'organisme : les larmes jouent à ce propos un rôle prépondérant. Dans les cas les plus simples, les larmes amènent dans le sac un virus provenant d'une lésion tuberculeuse de la conjonctive palpébrale ou de la glande lacrymale; le processus est trop simple pour nous y arrêter. Chez d'autres malades quand l'infection provient des fosses nasales on se trouve en face d'une marche rétrograde des germes par rapport au sens du liquide lacrymal; il se passe là ce que l'on retrouve dans la pathogénie des affections glandulaires; dans les canaux excréteurs des glandes sébacées par exemple, dans les uretères, dans le canal cholédoque, ne voyons-nous pas les streptocoques, le bacille de Koch, le coli-bacille

remonter jusqu'à la glande où ces canaux aboutissent respectivement et l'infecter. Tacquet avec des faits à l'appui nous donne le canal lacrymal comme participant à ce rôle pathogénique « il transporte l'infection en sens inverse du courant physiologique des larmes : à défaut de la pathologie comparée, la clinique suffit pour le démontrer ».

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les lésions trouvées dans des sacs tuberculisés sont relativement assez variées, si du moins nous rapprochons de nos observations les travaux d'Hertel, Duvigneaud, Terson, Woljaziowitz, etc..., mais dans tous les cas la lésion tuberculeuse s'est présentée suivant un même type et les variations apparentes ont été occasionnées soit par des infections de voisinage, soit par la contribution d'autres microbes agissant simultanément avec le bacille de Koch ; enfin la résistance plus ou moins grande du terrain a pu déterminer des réactions d'intensité diverse, et à ce sujet il faudra distinguer les sacs primitivement sains de ceux déjà traités pour une autre affection.

Le follicule tuberculeux se retrouve dans le sac lacrymal avec la même constitution qu'ailleurs : en allant du centre à la périphérie, c'est une cellule géante à nombreux noyaux périphériques, puis une première zone de cellules épithéloïdes et une deuxième

zone de cellules embryonnaires qui forme autour du follicule une zone d'infiltration variable d'étendue. Dans certains cas, les cellules géantes et les bacilles ont manqué (Deutschmann et Safer), mais ces cas ne forment qu'une faible minorité et la raison est même insuffisante pour infirmer le diagnostic. Il semble, en effet, que les tubercules doivent avoir atteint un certain âge pour qu'ils puissent contenir des cellules géantes (Danisch Cornil). Du reste Alexander, Deutschmann et Panas sont là pour nous dire que des produits tuberculeux, où l'on n'avait pu déceler des bacilles, ont donné des inoculations positives.

D'après Koch lui-même, là où la tuberculose prend des allures chroniques on ne trouve que de très rares bacilles : dans les foyers caséux ils deviennent rares et dans les foyers anciens on ne les rencontre presque jamais. Mais passons sur cette question des bacilles, traitée au chapitre du Diagnostic, insistons pour le moment sur ce groupement caractéristique d'une zone d'infiltration de cellules lymphoïdes riche en vaisseaux, enveloppant des groupes de cellules d'un caractère plus épithélial sortes de nodules, d'où les vaisseaux ont disparu et qui, manifestent bientôt des phénomènes de régression granuleuse et caséuse. « C'est la base histologique la plus commune de la tuberculose dans l'œil : infiltration lymphoïde et régression du nodule épithéloïde »..... La multiplicité des éruptions, la succession des poussées, caractère à peu près constant de la tuberculose, se retrouve dans le sac lacrymal et nous permet de reconnaître là encore les trois phases ordinaires de l'évolution du tubercule : « la granulation

est d'abord dure, grise, plus ou moins saillante, puis s'infiltrant au centre de granulations graisseuses elle devient jaune et se ramollit; enfin elle s'ulcère et évacue une matière caséuse. »

Ce processus s'explique par ce fait qu'au niveau des tubercules proprement dits, les vaisseaux arrêtés dans leur développement, dégénérés ou oblitérés par un travail d'endarterite, ne fonctionnent plus ou disparaissent. D'où les troubles de nutrition, la dégénérescence et l'ulcération des nodules tuberculeux. Nous n'avons pas trouvé d'observation relatant la terminaison fibreuse; nous verrons plus loin que le sac a peu de tendance à la formation du tissu de sclérose comme on en trouve si souvent dans les poumons d'individus morts de maladie quelconque. D'après Milligan, Haab et Panas, la guérison des ulcérations tuberculeuses de la conjonctive et de la cornée sont dues à la réparation des ulcérations transformées en plaies et cicatrisées par le mode ordinaire; les résultats que nous avons suivis chez des sacs tuberculeux avérés après l'extirpation, considérés à côté du manque, dans les différents ouvrages consultés, de métamorphoses fibreuses dans les dacryocystites tuberculeuses, nous permet jusqu'à nouvelle découverte d'assimiler sur ce point le sac à la cornée et à la conjonctive et de croire que chez eux le tubercule comme devant fatalement arriver à la dégénérescence caséuse.

Mais reconnaître une follicule tuberculeuse, constater sur un sac des tubercules ulcérés et à côté des tubercules à peine jaunes, des granulations encore grises, une infiltration embryonnaire : tout cela c'est

bien justifier la nature vraie de l'affection; surtout si on y ajoute comme M. le professeur agrégé Rollet, l'étude du ganglion préauriculaire, tributaire de la dacryocystite. Il reste pourtant certaines particularités qui frappent à l'ouverture d'un sac lacrymal tuberculeux. Et d'abord quand on a incisé la peau qui est ici soulevée, bombée, indurée, violacée et adhérente à la tumeur, on trouve une masse rouge sombre. Le sac moulé dans la loge de l'unguis a une direction très légèrement oblique en bas, en arrière et en dehors, mais il paraît à l'étroit et proémine surtout au-dessous de la barrière que lui fait le tendon direct de l'orbiculaire, au niveau de la jonction de son tiers supérieur à ses deux tiers inférieurs. La surface est lisse, mais un coup de bistouri nous met en présence d'un tissu d'apparence granuleuse et, suivant les cas, plus ou moins baigné de pus et de sang. Il y a lieu ici en effet de distinguer si la tuberculose du sac est primitive ou secondaire. Chez la malade de M. le professeur agrégé Rollet il n'y avait pas de pus et dans les observations de Bock et Fick où il s'agissait également de l'infection primitive du sac, la même particularité est signalée, la tumeur est solide et toute entière composée de nodules tuberculeux; des travées de tissus conjonctif embryonnaire nous apparaissent au microscope comme réunissant les masses cellulaires. Haab dans deux cas où l'infection du sac fut consécutive à une conjonctivite tuberculeuse, dit bien ne pas avoir trouvé de pus et seulement une tumeur solide, mais c'est les deux seules exceptions que nous ayons trouvées, et d'une façon générale nous pouvons mettre cette différence : absence

ou présence de pus comme coïncidence avec une tuberculose primitive ou secondaire du sac. Au reste, quoi de plus naturel qu'un sac infecté secondairement participe aux affections dont souffrent les organes transmetteurs, or, trois modes d'infection résument la majorité des cas, infection par la conjonctive, le canal nasal ou une lésion osseuse. Qu'il s'agisse de la conjonctive ou de la muqueuse nasale il est rare de ne pas avoir affaire à des infections multiples, le nombre des micro-organismes n'est-il pas considérable, et comment admettre que seul la bacille de Kock s'en prenne au sac. Loidholt et Batut sont bien de notre avis quand ils disent que dans ces cas-là « le sac lacrymal devient plus facilement purulent et fistuleux ». A l'état normal (Hertel), la résistance des parois du sac et ses rapports anatomiques conservés forment obstacle à l'évacuation des produits ramollis et on assiste au développement des masses caséeuses. Mais qu'un sac lacrymal actuellement atteint de tuberculose ait d'abord été influencé par cette zone inflammatoire, ou simplement qu'il ait participé à une conjonctivite ou rhinite vulgaire; ces affections et surtout leur traitement ne seront pas sans modifier la structure de ce sac au moment de son infection tuberculeuse. Par suite, à côté de nodules tuberculeux on trouvera des lésions purement phlegmasiques, les parois du sac modifiées par des infections surajoutées laisseront se faire jour au pus; en général nous trouverons dans ces cas des fistules à parois ramollies, et l'intérieur du sac renferme peu de masses caséeuses, le pus sera un triste mélange contenant le résultat du travail de nombreux agents. Hertel dans

son minutieux travail sur l'anatomie pathologique des voies lacrymales décrit tout au long les différentes lésions produites par les dacryocystites, résumons-les rapidement afin de différencier les lésions n'appartenant pas en propre à la tuberculose.

Dans les blennorrhées avec ectasie du sac non bacillaire, on voit un épaissement des parois du sac avec repli de la muqueuse, il n'y a des dépressions diverticulaires avec parois amincies que dans les cas de dilatation kystique.

Dans les dacryocystites suppurées, la muqueuse repliée détermine l'épaississement des parois ; il s'agit là d'une hypertrophie de la cellule épithéliale dont le protoplasma finement granuleux se colore mal. En certaines parties la muqueuse simule des glandes par ses dépressions, et en d'autres l'infiltration leucocytaire envahit à tel point que le sac paraît obstrué et que toute structure épithéliale se perd. Les veines avoisinantes sont dilatées et gorgées de sang : enfin, les nodules folliculaires d'infiltration achèvent les gros traits du tableau. Dans les sacs sans sécrétion purulente, ces follicules manquent, la couche musculaire est réduite et les cellules de l'épithélium sont aplaties, pas de cellules caliciformes, pas d'infiltration leucocytaire. Dans les lésions catarrhales ordinaires, ces différents signes sont très amoindris.

En esprit fort judicieux, Hertel a soin d'ajouter tout à côté des lésions anatomiques de l'affection les déformations malheureuses qui résultent de son traitement : nous ne pouvons passer sous silence ces considérations, car elles fortifient notre insistance aux chapitres

« Pathogénie et Traitement » sur les inconvénients hélas ! trop nombreux, les désordres trop fréquents d'une méthode empirique qui, dans la plupart des cas, devrait être délaissée : je veux parler du cathétérisme forcé dans les dacryocystites chroniques. « Les sacs cathétérisés délicatement et rarement, on ne voit rien d'anormal ; mais les cathétérismes brutaux, tels qu'ils doivent être quand il s'agit de surmonter les lésions ci-dessus décrites, donnent lieu à une érosion épithéliale, parfois à des lésions étendues : l'épithélium est enlevé, la muqueuse déchirée et le sac rempli des hémorrhagies de la muqueuse ; le canal est représenté par une fente étroite dont la paroi est constituée par deux couches, l'interne sclérosée renfermant peu de vaisseaux et de cellules, l'externe plus lâche, plus riche en leucocytes avec des vaisseaux à parois épaissies. » Dans le traitement par la sonde à demeure la sclérose des parois fait que tant que la sonde est absente, le conduit n'est que virtuel et par suite de l'absence de l'épithélium ne tardera pas à se souder complètement.

Citons encore, comme variété dans les dacryocystites tuberculeuses secondaires, celles qui proviennent d'une lésion osseuse : ce sont les cas à fistule et, quoique le sac infecté renferme des nodules tuberculeux, l'affection évolue principalement pour le compte de l'abcès froid sous-jacent : les déformations de la région relèvent surtout de l'infiltration leucocytaire telle qu'on les voit dans les dacryocystites suppurées ; elles sont plus délabrées et l'on a affaire plutôt à un trajet fistuleux qu'à une tumeur blanche : l'inflammation de voi-

sinage a déjà développé l'obturation plus ou moins fibreuse du sac quand l'abcès perce : on peut trouver comme Hertel des lésions tuberculeuses greffées sur le passage de la fistule, mais ce ne sont pas là les lésions principales.

En passant en revue les observations que nous avons pu recueillir, on voit que chaque cas peut renfermer une partie de ces lésions variées secondaires ; mais toutes les fois que l'ensemble des symptômes fait dire « dacryocystite tuberculeuse » on trouve le même principe, le follicule tuberculeux avec tous ses caractères. Nous n'avons qu'un regret c'est que la pusillanimité des malades fasse que l'anatomie pathologique n'ait pas assez souvent la possibilité de vérifier les assertions que nous avançons.

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic

Que l'on ait affaire à une dacryocystite tuberculeuse primitive ou secondaire, on trouve un certain nombre de symptômes d'importance variable que nous allons essayer de grouper.

Ce sont d'abord des symptômes subjectifs, analogues à ceux de la dacryocystite : c'est du larmolement qui se produit au début lorsque le malade s'expose au vent, lorsque ses yeux sont irrités par la veille, la fatigue, bientôt ce larmoiement devient permanent. On peut alors faire sortir du pus mal lié et des masses caséiformes (Fick, Bock). La pression est indolore, le cathétérisme difficile (Bock) ou impossible (Rollet). A partir de ce moment la marche de l'affection sera sensiblement la même, soit qu'on l'abandonne à elle-même, soit que l'on emploie les divers traitements usités contre la dacryocystite : incision du point lacrymal supérieur ou inférieur, injections

modificatrices, sondes avec protargol, cathétérismes répétés, sondes à demeure. C'est en présence de cette résistance du mal, que les praticiens doivent rechercher avec soin la vraie nature de l'affection et trouver la cause de leur insuccès.

En examinant la région du sac lacrymal, on verra dans l'angle interne de l'œil se développer peu à peu une tumeur qui atteint parfois le volume d'une noisette. La peau conserve son aspect normal, elle glisse sur la tumeur, sauf lorsqu'il y a menace de fistule, alors seulement le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré, les divers plans envahis, la peau amincie, rougie, et, à la coupe, la région du sac, est méconnaissable. Dans notre cas, la consistance de la tumeur est presque fluctuante au lieu d'être dure comme le trouve Loidholt. La pression à peine sensible peut faire sortir une petite quantité de pus mal lié par le point lacrymal et diminuer ainsi légèrement le volume de la tumeur (Fick. et Loidholt). Chez la malade de M. le professeur Agrégé Rollet, la pression ne fait rien sortir; il en est de même chez la malade de Bock: « C'est alors, dit M. le professeur Agrégé Rollet, l'apparence de l'empyème chronique lacrymal à canal fermé avec un signe de haute valeur que nous retrouvons trois fois sur quatre, une adénopathie de voisinage. C'est l'adénotuberculose dont la constatation est si précieuse, par exemple pour le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse. » Cette inoculation des voies lymphatiques s'arrêtant aux premières étapes ganglionnaires, sera d'une grande utilité symptomatique, surtout dans les tuberculoses primitives du sac. M. le professeur Rollet

insiste dans sa clinique sur ce point, si bien qu'il conclut: « L'adénopathie fidèle compagne de la tumeur blanche lacrymale manque rarement, c'est le seul signe qui nous permet de soupçonner la nature tuberculeuse d'une dacryocystite fongueuse. »

Dans les dacryocystites tuberculeuses secondaires, d'autres symptômes viennent s'ajouter à ceux-là; ce sont les symptômes des lésions tuberculeuses des organes voisins; lésions lupiques de la conjonctive et de la pituitaire, lésions osseuses du lit du sac.

Le groupement de ces divers signes s'effectue ordinairement suivant trois modes nous offrant ainsi trois formes cliniques de dacryocystite tuberculeuse; une dacryocystite tuberculeuse chronique correspondant à l'infection primitive du sac, une dacryocystite tuberculeuse aiguë cadrant assez bien avec les cas de tuberculose du sac secondaire à un lupus nasal ou conjonctival; les phénomènes aigus seraient dûs en grande partie à des infections surajoutées qui enlèvent au sac la résistance de ses parois et sa tendance à la formation de masses caséuses, pour donner issue à du pus mal lié : enfin la dacryocystite osseuse ou mieux d'origine osseuse, s'offre à nous suivant un troisième type généralement fistuleux qui diffère un peu des deux autres.

Ce sont les lésions tuberculeuses des parties environnantes (osseuses) qui poussèrent Hertel à opérer des sacs alors que l'auteur pourtant, ne poursuivait pas dans son étude la recherche de la tuberculose; et il découvrit ainsi trois cas de tuberculose du sac lacrymal qu'il décrit comme nous : dans deux faits il

existait une affection tuberculeuse de la paroi osseuse nasale avec séquestre. Mais si, comme le montre la lecture de nos observations, les symptômes de la tuberculose du sac se dessinent mieux quand sur les organes voisins on peut facilement reconnaître des lésions tuberculeuses, il faut parfois se méfier de conclure trop vite du voisinage des deux organes à l'identité de leur affection. Cette réserve est justifiée par les résultats du travail d'Hertel. L'auteur examine successivement 52 sacs et dans bien des cas de lupus du nez le sac, atteint dans sa vitalité normale, n'a pu être accusé de tuberculose.

Comment donc faire son diagnostic ?

Théoriquement, pour que le diagnostic de tuberculose du sac soit irréfutable, il faut trouver le bacille de Koch dans les néoformations du sac ou obtenir des résultats positifs par l'inoculation de lambeaux du sac affecté. Cliniquement et surtout pratiquement, je veux dire au point de vue des indications d'intervention, on devra se montrer moins sévère, et ne pas faire une exception pour les affections du sac : que de fois le chirurgien fait le diagnostic exact des maladies une fois l'opération commencée ? On devra donc déjà considérer la dacryocystite tuberculeuse comme fort probable quand elle se présentera avec les symptômes décrits plus haut, accompagnée d'adénopathie, chez un individu à hérédité ou à antécédents personnels suspects. Ces soupçons seront encore accrédités quand le malade soumis antérieurement à tous les traitements ordinaires des dacryocystites conservera son affection et

surtout quand on trouvera des lésions lupiques sur les organes voisins.

Il est ici de toute importance pour ce qui va suivre de rappeler la nature du lupus. Trousseau, dans une étude approfondie sur le « lupus et la tuberculose oculaire », arrive à ces conclusions : 1^o résultats positifs d'inoculations de lupus conjonctival ; 2^o identification du lupus et de la tuberculose (reproduction du bacille de Koch). — L'auteur rapporte le cas d'un malade souffrant de lupus de la conjonctive, du nez et des joues : il prend quelques végétations de la conjonctive malade, après l'avoir lavée à l'eau bouillie, et les inocule à deux lapins. Sur le lapin n^o 1 il dépose sans toucher l'iris dans la chambre antérieure une parcelle de lupus, grosse comme deux fois la tête d'une épingle ; pas de réaction inflammatoire, huit jours après résorption complète du nocule, « douze jours plus tard, l'iris se gonfle, se plisse et de petits points blancs apparaissent à sa surface. Ceux-ci ne tardèrent pas à s'agrandir et à se réunir pour former une tumeur du volume d'un petit pois, entourée elle-même de tubercules plus petits qui finirent par remplir la chambre antérieure, ils persistaient deux mois après sous forme d'une masse jaunâtre. » Sur le lapin n^o 2 l'inoculation est faite dans les lames de la cornée, même processus, même résorption complète et apparition de nouvelles tumeurs ou des parties qui semblaient rendues à leur intégrité primitive.

Toutefois, l'affection reste plus localisée, pas de dissémination des nodules à la chambre antérieure. Dans ces deux cas et dans d'autres analogues l'auteur insiste

sur ce fait « qu'il n'y a pas eu transformation des parcelles ainsi inoculées, mais genèse d'éléments nouveaux après résorption complète des débris qui n'ont servi qu'à ensemençer le terrain si vite devenu fertile ».

C'est là l'œuvre bacillaire qui donne un poids singulier à l'opinion qui identifie le lupus et la tuberculose.

Friedlander, Koch, Droulepon, Cornil, Leloir, Gillet, de Grammont affirment cette identité. Koch avec du lupus a pu obtenir une culture pure de bacilles tuberculeux. Avec cette culture il a fait 15 inoculations, et 15 cultures tirées des 15 inoculations lui ont donné les mêmes résultats positifs. A la quinzième génération, un an après, il a pu provoquer chez un lapin la tuberculose irienne.

Enfin Leloir a pu « suivre à travers les lymphatiques du bras et les ganglions axillaires, la migration des produits coupables depuis une plaque lupique de la main jusqu'à un foyer tuberculeux du poumon ». La pathologie expérimentale et la bactériologie concordent donc pour assimiler la nature des deux maladies ; sauf à reconnaître le lupus comme une forme atténuée souvent circonscrite, curable à l'égal de ces noyaux tuberculeux ou fibrinés, de ces cicatrices tuberculeuses que l'on trouve seulement à l'autopsie dans les poumons de gens qui n'ont jamais souffert de la poitrine et qui sont morts de toute autre affection.

La nature et le caractère du lupus déterminés, voyons comment les infections de voisinage peuvent nous apporter cliniquement la certitude que l'inoculation à un cobaye donne à l'expérimentateur. L'expérimentation, telle qu'elle fut pratiquée par Valude,

semblerait au premier abord témoigner contre la tuberculose du sac, mais les résultats négatifs de Valude ont été jugés par Gourfein; ils provenaient d'un manque de précaution : inoculer simplement un lambeau du sac suspect dans la chambre antérieure de l'œil, c'est oublier la multiplicité des microbes renfermés dans le sac et s'exposer fatalement à voir leur action très vive masquer, en ce lieu délicat, le travail du bacille de Koch. Les observations de Morax, Hertel, M. le professeur agrégé Rollet, etc., prouvent que, pratiquée dans de bonnes conditions, l'inoculation vient confirmer le diagnostic, et il nous est permis de penser que la vulgarisation de ces méthodes expérimentales révélera de jour en jour un plus grand nombre de dacryocystites tuberculeuses. Pour le moment, nous voyons cette inoculation, passée souvent à l'état d'infection, pratiquée par la nature elle-même dans bien des cas. Aussi dans les observations d'Arnozan, qu'est-ce qui nous frappe?

1° C'est d'abord qu'il y a du lupus des fosses nasales : *a)* A l'interrogatoire, les malades disent avoir remarqué au début même de leur affection les phénomènes suivants : gêne dans les narines ou dans les cavités nasales plus profondes, enchifrènement, écoulement muco-purulent ou sanguinolent par le nez, obstruction des narines par des croûtes. En même temps ils ont des ganglions suppurés le long des bords des sterno-cleido-mastoïdiens correspondants; ainsi que Simon et Panas l'ont décrit, ce sont les aboutissants des lymphatiques des fosses nasales. *b)* A l'examen on constatait les cicatrices anciennes du cou.

A la rhinoscopie, MM. Morax, Guément, Lichtwitz, dont on ne peut mettre en doute la compétence en la matière, ont examiné chacun des malades et porté le diagnostic de lupus de la muqueuse nasale, au niveau du cornet inférieur (Obs. IX), ulcération lupique allant du méat inférieur à la cloison et occupant toute la largeur du plancher (Obs. XI), vaste ulcération lupique envahissant toute la face supérieure du voile palatin (Obs. X). 2° Les lésions nasales ont marqué le début de l'affection, pour cela il suffit de se reporter aux observations elles-mêmes. 3° Les lésions lacrymales ont précédé les lésions cutanées de la face : l'histoire du malade est là pour l'affirmer. Les symptômes lacrymaux relevés par Arnozan ne sont peut-être pas au complet ceux des sacs tuberculeux ; mais l'auteur faisait ses recherches dans un autre but que nous et, du reste, la continuité du larmolement, malgré les sondages et les curettages, et la nature muco-purulente du contenu, montrent que nos conjectures ne sont point hypothétiques. 4° Les lésions ulcéreuses présentées par les trois malades sur la joue droite, c'est du lupus : l'aspect des lésions tel que nous l'avons décrit, la lenteur de leur évolution, l'infiltration de la peau, les croûtes épaisses qui recouvraient les ulcérations, la constatation çà et là de nodules rougeâtres, d'apparence translucide, tout cet ensemble ne permet pas le doute.

N'y a-t-il pas lieu de conclure entre ces lésions à un processus de cause à effet, à des phénomènes de contagion d'inoculation, tels que le demande toute lésion lupique ou faut-il simplement voir là de vulgaires

coïncidences? Sans doute, les cicatrices et les bords plus ou moins excoriés d'une fistule sont des points de moindre résistance, un terrain favorable à faire germer la graine bacillaire. Mais, il nous semble, c'est chercher bien loin un germe que d'aller le chercher au dehors quand il se trouve sur le sujet lui-même; c'est faire la part trop grande au hasard, que de lui attribuer des processus complets. Il nous paraît beaucoup plus simple et plus logique, étant donné d'un côté la nature tuberculeuse des lésions nasales et cutanées, la nécessité pour ces dernières d'une inoculation, et d'autre part l'apparition intercalaire des lésions lacrymales chronologiquement parlant, il nous semble plus rationnel d'accuser les voies lacrymales et surtout le sac du rôle de propagateur des germes, du nez à la joue. Or, comme sur le même sujet un organe ne peut transmettre que l'affection qu'il porte, nous concluons que dans ces observations le sac devait être atteint de tuberculose, puisqu'il a infiltré à la joue le virus tuberculeux.

La clinique peut donc fournir par des phénomènes d'auto-infection pour ne pas dire d'auto-inoculation, la même certitude que l'expérimentation : nous avons tenu à insister sur ce fait, parce qu'il permettra au chirurgien de poser un diagnostic ferme avant l'opération, et qu'il le rendra plus hardi dans l'intervention que réclame la guérison.

Citons, en finissant, cette question de diagnostic, les réactions obtenues par les injections de tuberculine : c'est là un procédé sur lequel nous n'appuyons pas, car il est fort sujet à discussion au point de vue de

ses conséquences. Nous renvoyons toutefois à l'observation donnée par Morax où cette méthode employée par l'auteur met en relief la nature tuberculeuse de la dacryocystite.

CHAPITRE V

Pronostic et Complications

En général, les travaux faits sur la tuberculose du sac lacrymal nous en donnent le pronostic comme assez bénin. La chose nous étonne et nous croyons voir dans ces assertions, ou bien d'heureuses coïncidences, ou bien le fait que les cas reconnus ont été au moins arrêtés dans leurs complications par les traitements : cette dernière hypothèse est très tentante, d'autant que jusqu'ici le diagnostic de cette affection, relativement rare, n'a été porté qu'après examen microscopique, par conséquent, après l'intervention chirurgicale. Il nous est difficile, en effet, de refuser les complications possibles des dacryocystites ordinaires, à une dacryocystite présentant les caractères de longueur, de persistance de la dacryocystite tuberculeuse ; d'autant que cette affection comporte ordinairement indépendamment de ses propres lésions, une inflammation, une suppuration que les microbes autres que le bacille de Koch, entretiennent facilement sur un

terrain de moindre résistance. En outre, il est incontestable que ce n'est pas impunément pour l'organisme que se conserve indéfiniment sur un malade un foyer infectieux tel que la dacryocystite tuberculeuse; surtout quand ce foyer siège dans un organe aussi délicat que l'œil. Wotjaziowitz, dans une thèse fort judicieuse, nous fait part de cette influence de l'œil sur l'organisme et de l'organisme sur l'œil en fait de tuberculose. Laissant de côté ce que dit l'auteur, rapport à l'organe de la vision, nous résumerons son étude sur l'appareil lacrymal.

Mais avant, empruntons le tableau sévère, il est vrai, mais exact des affections que Truc nous donne comme amenées par la présence du pus dans les voies lacrymales. Ces complications peuvent être ainsi réparties :

1° Cutanées : Erythème, eczéma, impétigo.

2° Nasales : Eczéma, impétigo, ostéite, rhinite, ozène.

3° Canaliculaires : Périostite, ostéite, fistule, épiphora.

4° Palpébrales : Blépharites, ectropion, entropion, chalazion, abcès.

5° Conjonctivales : Conjonctivite, granulation, ptérygion.

6° Kératites : Vésicules, pustules, ulcères.

7° Iritis : Séreuses, plastiques, purulentes.

8° Iridocyclochoroïdites : Synéchies, hernies, atrophies;

9° Orbitaires : Ténonites, cellulites, phlegmons, abcès.

10° Intracrâniennes : phlébites, thrombophlébites, méningites.

11° Fonctionnelles : Irisation, photopsis, amblyopie, asthénopie.

12° Opératoires : Kéralites, iritis, suppurations diffuses oculaires ou périoculaires.

L'auteur appuie ses dires de nombreuses observations que nous ne pourrions rapporter sans sortir de notre sujet ; signalons seulement un de ses malades porteur d'une dacryocystite ancienne qui, à la suite de la fatigue et de la position inclinée du travail de vendange, fut affecté d'un phlegmon orbitaire et d'une névrite optique aiguë avec atrophie rapide et complète.

Sans doute, de pareils malheurs sont rares, mais ils sont possibles, on le voit, et quant un malade comme un de ceux de M. le professeur agrégé Rollet, atteint d'une dacryocystite rebelle à tous les traitements ordinaires, réclame avec instance l'intervention pour une cataracte comme dans le cas où je fais allusion, le praticien devra redouter ces complications. L'extirpation du sac chez notre malade fut suivie si rapidement de guérison, qu'un mois après, M. le professeur agrégé Rollet opérait la cataracte avec tout le succès désirable.

Indépendamment des complications qui peuvent naître de l'état plus ou moins purulent que la dacryocystite tuberculeuse entretient dans la zone oculaire, il existe de fâcheux effets pour l'œil et l'organisme de ce principe tuberculeux de la dacryocystite. Nitot, il est vrai, disait que « l'œil paraît avoir une véritable

tolérance pour le tubercule » ; mais, qu'est-ce à dire ? Peut-on se reposer sur cette assertion pour croire l'œil de par sa conformation à l'abri des désordres terribles que crée le bacille de Koch. Assurément non, on peut voir là seulement une opinion émise au sujet de ces cas où l'infiltration profonde de la choroïde n'amène qu'un léger affaiblissement de la vision. Que se passe-t-il, en effet, autour des tubercules du sac ? Une zone inflammatoire s'y révèle par une dilatation, une néoformation vasculaire et une infiltration de cellules embryonnaires qui étouffent les éléments du stroma primitif et préparent à la propagation de voisinage. Le terrain préparé, le virus tuberculeux déposé sur la conjonctive ou la cornée arrive au tractus par les voies lymphatiques antérieures en passant par l'humeur aqueuse qui en est le réservoir immédiat. Là, le tubercule évolue à nouveau pour son propre compte et nous pouvons assister aux mêmes phénomènes que ceux que l'expérimentation nous apprend quand on inocule directement du virus tuberculeux dans la chambre antérieure du lapin. La cornée (Gradenigo, 1869), la sclérotique, l'iris (Arcoleo, 1869), le corps vitré (Poncet de Cluny, 1882), la sclérotique, la rétine, le nerf optique (Bouchet, 1869), enfin tous les milieux et membranes de l'œil pourront être atteints, sauf le cristallin qui jusqu'ici a paru doué d'une certaine immunité vis-à-vis de la tuberculose et des tumeurs malignes quitte, toutefois, à présenter des troubles de voisinage (synéchies, subluxation) (Wolf). Une fois implantée dans l'œil, soit à l'état de granulations, soit à l'état de masses plus ou moins volumi-

neuses, la tuberculose, d'après Wotjaziewitz « amène fatalement au bout d'un temps plus ou moins long la désorganisation de l'œil et la perte absolue des fonctions. Le dernier terme est la phthisie et l'atrophie scléreuse de l'organe, lesquelles résultent soit d'une fonte caséeuse du globe après perforation de la cornée ou de la sclérotique, soit d'une résorption des tissus de l'œil dans leur coque, le processus tendant d'abord à la perforation puis rétrogradant. La perte de l'œil est plus rapide et plus grave dans la tuberculose du tractus dans l'enfance et peut-être dans les cas primitifs. » Dans la majorité des cas, un seul œil est tuberculisé, l'autre est et demeure constamment sain. Ce n'est que rarement qu'il est à son tour envahi par l'infection (Hosch, Trélat, Parinaud, Eperon). — Quelle influence cet œil tuberculeux va-t-il exercer sur l'économie ?

Des travaux de Conheim, Hoenselle, Jamelsohn, Koch, Parinaud, Cornil, Leloir, Gillet de Grandmont et autres, il résulte que la plupart des inoculations faites dans la chambre antérieure ont été suivies d'une tuberculisation généralisée. D'autre part Laennec et Virchow ont comparé la tuberculose à une affection maligne. « Le tubercule, dit Virchow, se comporte comme une néoplasie maligne. Indépendamment de sa malignité locale, cette néoplasie possède une tendance marquée à se diffuser dans tout l'organisme, ce qui la rapproche de la catégorie des tumeurs malignes. » — « Quand un sujet offre un tubercule quelque part, il est sous le coup de la tuberculose ; le tuberculeux a la tuberculose » (Trélat).

Et de fait la généralisation est fréquente après nombre de tuberculoses locales : tels les abcès froids, les ostéites et les arthrites tuberculeuses, le testicule tuberculeux. La rareté des observations de tuberculose du sac lacrymal ne nous permet pas d'affirmer que dans ce cas la généralisation suit avec la même fréquence, toutefois nous ne voyons pas pourquoi la dacryocystite tuberculeuse qui présente tant d'analogie avec une tumeur blanche du genou par exemple, s'en écarterait au point de vue pronostic. En tout cas, lorsque le virus a été transporté du sac lacrymal au tractus uvéal Wotjaziewitz nous indique plusieurs observations de cette influence de la lésion locale sur l'économie : « Mackenzie, trois cas de tubercules choroïdiens suivis de mort par tuberculose pulmonaire. — Auger, tuberculose primitive de la choroïde, suivie 6 mois après de mort par tuberculose pulmonaire et abdominale. — Nicati, tuberculose cornéenne suivie de mort par tuberculose pulmonaire trois mois après. » Cette tendance à l'envahissement complet de l'organisme par le tubercule, né et localisé d'abord dans l'œil, est d'autant plus manifeste que souvent l'extirpation du foyer primitif de l'infection a été impuissante à en arrêter le progrès, et que presque toujours l'existence de ce foyer tuberculeux exerce une influence fâcheuse et débilitante sur l'état général (Wolf, Manfredi, Coffet, Gayet, Panas, Parinaud). C'est au reste l'opinion en faveur aujourd'hui que la tuberculose primitivement limitée au globe oculaire est susceptible de se généraliser et d'infecter toute l'économie. Cette généralisation a parfois des motifs qui nous échappent,

d'autres fois il faut les rechercher dans l'âge, le siège, le terrain, l'absence de traitement. Une seule chose nous permet donc encore aujourd'hui, faute d'observation de tuberculose du sac non traitée, d'accepter un pronostic d'une certaine bénignité pour la dacryocystite tuberculeuse, c'est la rareté relative du passage du virus du sac au tractus uvéal. N'oublions pas toutefois que cette complication est possible, et que faute de traitement actif, le pronostic de la tuberculose du sac peut se trouver singulièrement noirci par le pronostic de la tuberculose oculaire.

CHAPITRE VI

Traitement

La tuberculose du sac lacrymal étant une manifestation locale d'une maladie infectieuse et contagieuse, elle bénéficie sans doute des avantages de curabilité des tuberculoses locales et comme telle elle exige un traitement radical énergique détruisant le principe infectieux *in loco*. Mais on ne devra pas oublier qu'une lésion aussi circonscrite qu'elle soit, dès l'instant qu'elle est tuberculeuse, doit nous tenir en éveil vis-à-vis d'une constitution générale qui peut d'un jour à l'autre se montrer atteinte dans des organes et dans des conditions telles, que notre influence sera beaucoup moins efficace.

I. — Traitement local :

a) *Prophylactique*. — La prophylaxie de la tuberculose du sac lacrymal découle directement des notions que nous avons émises sur la pathogénie de cette affection et nous ne saurions longtemps nous y arrêter

sans tomber dans des redites. Rappelons seulement que l'hygiène du sac consistera dans l'entretien de la perméabilité des voies lacrymales, notamment du canal nasal, et dans le traitement complet des lésions de voisinage. Le libre écoulement des larmes, les travaux de Duvigneaud analysés plus haut nous montrent son importance. Quant aux lésions de voisinage, de nombreuses observations relatant, soit un état de *minus resistantiæ* du sac à l'infection par suite de la perte de son épithélium due à une rhinite envahissante, soit l'inoculation directe ou mieux l'infection sur cette muqueuse de lupus nasaux ou conjonctivaux, il découle qu'un sujet réputé scrofuleux par ses antécédents héréditaires ou personnels devra entourer de soins intelligents et minutieux sa muqueuse nasale et conjonctivale s'il veut mettre à l'abri son sac lacrymal, car, au risque de nous répéter, nous affirmons à nouveau la susceptibilité spéciale du sac lacrymal toutes les fois que la conjonctive ou les fosses nasales sont atteintes. La tuberculose primitive d'un sac lacrymal sain est très rare, tandis que, une fois les larmes contaminées, le sac se trouve continuellement dans un bain de liquide infectant qui, forcément, tôt ou tard, fera sentir son influence néfaste. Ce n'est qu'avec une conjonctive et une pituitaire saines que l'on peut considérer les larmes comme un liquide de nature propice au lavage, voire même à l'asepsie du sac.

b) Traitement radical. — Une fois tuberculisé, le sac lacrymal demande un traitement radical rapide et complet; c'est à l'extirpation hâtive et complète du

sac, suivant la méthode de M. le professeur agrégé Rollet, que nous nous adressons pour cela.

Depuis longtemps déjà cette opération avait été ébauchée, quoique dans un but autre que le nôtre. Aétius, Galien, Celse et Paul d'Egine combinaient l'excision complète du sac à la cautérisation au fer rouge, arrivant jusqu'à l'unguis dans les cas de tumeur avec fistule persistante. Aétius décrivait même son procédé, et faisait « l'excision du sac en triangle, le sommet retourné vers la commissure, puis l'œil protégé par un tampon humide, il appliquait le cautère à cegilops spécial, conique ou olivaire jusqu'à l'os ». Cette méthode reprise par les Arabes est transmise par eux aux chirurgiens du moyen âge, nous retrouvons ce traitement aux mains d'Ambroise Paré et de ses élèves. Avec Stahl, Maître Jean, Anel, les données anatomiques sur l'appareil lacrymal font des progrès et J.-L. Petit érige l'ouverture du sac par une incision au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire. Berlin, il y a vingt ans, remet en honneur la méthode d'extirpation de Platner (Leipsig, 1724), tandis que Schruher et Sbordom (Naples, 1882) publiaient des travaux sur le même sujet. Enfin, Albert Terson, dans une étude sur l'extirpation du sac, émet, en 1891, les idées de Panas et préconise l'extirpation au bistouri suivie de fortes cautérisations au galvano-cautère. M. le professeur agrégé Rollet, depuis plusieurs années a repris l'extirpation au bistouri, il en a précisé la méthode et les succès répétés obtenus font honneur à l'adresse de l'anatomiste dans cette dissection difficile aussi bien qu'à l'intuition du chirurgien. Décrivons d'abord cette

technique opératoire, nous ferons remarquer ensuite l'importance de ses avantages et la bénignité de ses conséquences. M. le professeur agrégé Rollet nous dit : « Un aide attire au dehors avec la pulpe de l'index la commissure externe et détermine ainsi la saillie visible du tendon direct de l'orbiculaire. Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sur une ligne de 12 à 20 millimètres environ, partir du milieu du bord inférieur du ligament palpébral interne, descendre d'abord perpendiculairement et se diriger vers le côté externe en décrivant une courbe sensiblement parallèle à celle que forme la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et que l'on sent facilement avec le doigt. Incision de la lame aponévrotique qui recouvre la portion antéro-externe du sac. Dissection minutieuse et parfois délicate de cette lame fibreuse qui rend libre la paroi antérieure. Un aide écarte les deux lèvres de la plaie avec des crochets mousses ou deux épingles à cheveux recourbées en crochets. Dégagement de la portion postéro-interne en rapport avec le périoste de la gouttière lacrymale et dégagement de la paroi externe, parfois difficile au niveau de l'unguis, à l'aide d'une rugine concave : dégagement de la coupole accompagnée ou non de la section de l'orbiculaire, en tirant et faisant basculer le sac en bas. Incision brusque et rapide du sac au niveau du canal nasal, afin d'inoculer le moins possible le champ opératoire. Assèchement de la plaie par tamponnement à la gaze salolée. Pansement à plat. M. Rollet a abandonné les sutures et le drain. L'antisepsie est faite avec le sublimé à 1/6000 ou l'oxycyanure Hg à 0,30/1000. Tout

pansement est inutile le cinquième jour. On s'efforcera de suivre la ligne d'incision donnée, pour ne pas léser l'angulaire, de se tenir dans le voisinage immédiat du sac, quand on disséquera la paroi externe et ne pas aller trop loin vers le globe de l'œil pour ne pas pénétrer à travers le septum dans le tissu cellulo-grasieux de l'orbite. Autant que possible éviter l'extirpation par morcellement, disséquer méthodiquement et se dispenser de drainage qui ne fait que prolonger la cicatrisation. »

Cette opération plus ou moins modifiée n'est pratiquée encore aujourd'hui qu'assez exceptionnellement; elle avait été très critiquée par Arlt « en raison des dangers de la proximité des vaisseaux angulaires » et par de Weckler qui en dit : « Cette opération a été reprise comme tout mauvais conseil donné en médecine, la rétraction cicatricielle qui en résulte est des plus disgracieuses. » Dans les différentes Sociétés d'ophtalmologistes, le silence est généralement fait sur cette intervention, et Panas seulement reconnaît dans son traité des maladies des yeux, en 1894, que « cette opération, dans certains cas, constitue le mode de traitement le plus prompt et le seul efficace. »

Quels étaient donc les griefs qu'avaient les praticiens contre cette opération pour s'en écarter?

Ils peuvent se résumer à trois qui chronologiquement sont : le danger d'hémorragie grave et d'infection, la rétraction cicatricielle amenant des déformations du visage et enfin un épiphora continu provenant de l'obturation du canal d'écoulement des larmes. En ce qui concerne les hémorragies, pour jus-

tifier l'opération sanglante de l'extirpation du sac de l'accusation portée contre elle, il nous suffit de suivre les recommandations données dans la technique de M. le professeur agrégé Rollet et de rappeler brièvement les données anatomiques de la vascularisation de la zone du sac, données qui résultent des recherches de Vadon dans le laboratoire de M. le professeur Testut sur 25 cas : « L'artère angulaire, branche terminale de l'artère faciale longe l'apophyse montante du maxillaire supérieur et passe vers l'angle supéro-interne de l'orbite, où elle s'abouche à plein canal avec la nasale provenant de l'ophtalmique : quatre branches collatérales ; un rameau qui s'épanouit sur le côté du nez, un rameau qui va en avant des sinus frontaux, un rameau qui traverse la racine du nez et s'anastomose avec l'homologue du côté opposé et un dernier rameau plus petit se détachant à la partie supérieure pour irriguer la coupole du sac. » « Deux anomalies à signaler, tantôt une branche passant sur le tiers inférieur du sac pour aller s'aboucher avec la palpébrale inférieure, un petit rameau qui naît de cette branche et se jette sur le sac ; tantôt une branche relie la palpébrale supérieure à l'angulaire, elle est presque tangente à la coupole du sac et envoie deux petits rameaux, un sur le sac et l'autre sur le tendon de l'orbiculaire. »

La veine angulaire est située entre le sac et l'artère angulaire : elle longe le bord interne du sac dont elle est distante de 0^m,003 environ ; elle envoie quatre veinules. Les vaisseaux palpébraux supérieurs envoient rarement des rameaux sur le sac ; les inférieurs, au

contraire, sont directement en rapport avec le sac. La palpébrale inférieure sort du système au-dessous de l'orbiculaire, contre la paroi même du sac, elle envoie souvent de petits rameaux au sac et au canal nasal.

Le chirurgien peut donc faire l'ablation du sac sans léser de vaisseaux importants : il n'intéressera l'angulaire que s'il s'éloigne de la ligne d'incision décrite plus haut.

Quant à l'infection, les données antiseptiques sont assez répandues pour que nous n'ayons pas à nous en préoccuper. Le reproche de de Wecker sur les « difformités disgracieuses » est le motif qui, peut-être, a le plus retenu les opérateurs dans l'abstention ; car, comme il découle de notre chapitre d'Étiologie, c'est surtout chez les jeunes personnes et chez des jeunes filles que l'intervention devrait être faite. Ces cicatrices vicieuses ont existé, mais nous pouvons ajouter maintenant *qu'elles ont vécu*. En effet, elles provenaient de deux choses : d'abord, de ce que les anciens faisaient une incision horizontale, d'où ectropion, et puis de ce qu'ils tardaient trop pour opérer leur malade. Au reste, la photographie peut se montrer témoin de la non-valeur de ce titre d'accusation. Dans son service à l'hôpital de la Croix-Rousse, M. le professeur agrégé Rollet a opéré de nombreuses extirpations du sac ; des portraits également nombreux montrent les opérés trois semaines après l'intervention ne conserver qu'une légère ligne blanchâtre à peine visible, absolument semblable à celle que laisserait la cicatrice de la plus bénigne des plaies.

Il nous reste à parler de cet épiphora rebelle que les

anciens prévoyaient avec tant d'appréhension, alors que les malades venaient réclamer leurs soins, en grande partie pour cet écoulement pénible des larmes. Eh bien ! loin de le regarder comme un des inconvénients de l'opération, nous le considérons comme souvent un des buts de l'extirpation du sac, toutes les fois que nous la préconisons, sans que nous pensions à la tuberculose ; je veux parler des cas de blennorrhées avec rétrécissement et sclérose du sac, empyèmes ou fistulettes chroniques. Du reste, c'est un fait reconnu actuellement que le larmolement disparaît quelque temps après l'extirpation du sac ; chez les opérés de M. le professeur agrégé Rollet, le fait s'est partout confirmé. Comment l'expliquer, faut-il croire à une néoformation d'un canal lacrymal ou à l'atrophie de la glande ? La thèse de Vadon et les travaux de M. le professeur agrégé Paviot nous donnent la solution :

Un chien est opéré par Vadon de l'extirpation de son sac lacrymal, la réunion est immédiate, l'épiphora survient, puis va en diminuant ; trois semaines après, l'épiphora disparu, le chien est sacrifié, « son canal lacrymo-nasal est imperméable et rempli par un bouchon fibreux, la glande lacrymale du côté opéré est plus petite que celle du côté sain. L'examen microscopique fait par M. le professeur agrégé Paviot montre que seule la glande correspondant à l'œil dont on a extirpé le sac lacrymal, présente un degré de sclérose marquée ; il ne s'agit sûrement pas du tissu conjonctif normal de la glande. Les tubes glandulaires sont affaissés, leur lumière a disparu, de fines travées

scléreuses semblent les étreindre, et il n'y a pas trace de réaction inflammatoire. »

L'exhalation qui s'effectue à la surface de la conjonctive, d'une part, et l'atrophie progressive de la glande, d'autre part, seraient la cause de l'absence du larmoiement, à la suite de l'extirpation du sac, « glande et sac, appareil excréteur et sécréteur des larmes, forment un tout, et ce tout fonctionnant de pair, se modifie aussi parallèlement. » (M. le professeur agrégé Rollet).

Supprimer les voies naturelles d'excrétion des larmes, n'est pas le seul but de l'extirpation du sac, et c'est loin d'être le plus important. Ce qui domine l'esprit de l'opérateur, ce qui doit aiguïser son talent et son adresse, c'est de détruire un foyer infectieux dans le cas de tuberculose secondaire, ou s'il s'agit de tuberculose primitive du sac, d'anéantir *in loco* un germe dont l'organisme est susceptible de payer cher les atteintes. M. le professeur agrégé Rollet insiste, à ce sujet, sur la nécessité d'une *dissection suivie, aussi complète que possible*, et faite au bistouri ; ne se servir de la rugine, et, en tout cas, d'une petite rugine concave bien tranchante, seulement chez les malades où, l'opération trop longtemps différée, le bistouri se voit impuissant à enlever certaines végétations plus ou moins adhérentes aux parties voisines. Dans tous les cas, rejeter les anciens agents chimiques et le thermocautère, « seule l'intervention sanglante peut donner une réunion immédiate, c'est-à-dire rapide, et une absence complète de cicatrice disgracieuse. »

En résumé, comme complication de l'extirpation du

sac lacrymal, l'épiphora ne peut être mis en jeu que pour des cas tout à fait extraordinaires où il n'y aura qu'à extirper une partie de la glande ; les cicatrices disgracieuses n'existeront jamais si l'incision est faite suivant nos données et si l'opération par trop retardée, une longue suppuration n'a pas provoqué de trop larges décollements de la peau ; enfin les tissus reprendront rapidement leur état normal, et l'on n'observera pas la persistance de l'inflammation, si on ne se contente pas d'inciser, de cureter et de brûler, mais si on dissèque et l'on rugine avec soin, si l'opération est complète.

Nous en arrivons à ne trouver qu'une anomalie comme conséquence de l'extirpation du sac, c'est que si le malade, dans la suite, a sujet à pleurer, il ne verra couler ses larmes que du côté non opéré.

II. — Traitement général.

Quelle que soit l'importance du traitement local, le praticien ne doit pas oublier l'état général de son malade, se rappelant que la lésion locale du sac lacrymal n'est hélas ! trop souvent qu'un signe avant-coureur d'une infection de l'organisme tout entier. Une hygiène bien comprise sera commandée, portant sur l'aération et la nourriture, et l'on cherchera à augmenter les fonctions de nutrition et d'assimilation. A la suite de ces écoulements prolongés les sujets sont généralement plus ou moins épuisés et la balnéation maritime donne de très heureux résultats. Les Hôpitaux de Lyon possèdent sur la côte d'Azur un sanatorium construit suivant les idées nouvelles d'aération et muni de pis-

cines d'eau de mer à température variable, il nous a été donné plusieurs fois d'examiner des tuberculoses locales cutanées ou osseuses à l'entrée dans ce sanatorium de Gien, et de suivre avec étonnement les bienfaits rapides de cette médication toute hygiénique.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Rollet,
Hôpital de la Croix-Rousse.)

Tuberculose primitive du sac lacrymal

Examen microscopique et inoculation positifs (P. Courmont
et Lesueur)

Il s'agit d'une jeune fille Pauline M..., âgée de 14 ans, entrée le 10 décembre 1898 dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse. Pas d'antécédents héréditaires. A 16 ans 1/2, elle a été soignée des lésions osseuses du pied, des adénites suppurées du cou et des gommes cutanées dont on voit encore les cicatrices.

Depuis deux mois elle s'aperçoit d'une tumeur à l'angle inféro-interne de l'œil droit s'accompagnant de

larmoient. A l'examen de la malade on porte le diagnostic d'empyème chronique du sac lacrymal à canal fermé; c'est en effet la tumeur lacrymale classique, fluctuante, à peine sensible à la pression, avec peau rosée, peu adhérente : le cathérisme est impossible. Rien à la conjonctive ni aux fosses nasales. A droite petits ganglions indolents préauriculaires sous-maxillaires, carotidiens.

Après anesthésie à l'éther, le 14 décembre, extirpation du sac avec dissection minutieuse. Le sac enlevé est ouvert et ne contient pas de pus mais seulement des fongosités.

Soupçonnant la nature tuberculeuse de l'affection, M. le professeur Rollet thermocautérise le canal et la cavité de la plaie en respectant la peau. Réunion par deux fils de fer et petite mèche de gaze salolée.

Pansement et ablation des fils le quatrième jour, pas de pus.

24 décembre. Plaie complètement fermée. Léger larmoient.

8 Janvier 1899. Poussée d'adénopathie, à droite ganglions sous-maxillaires parotidiens, carotidiens externes tuméfiés et douloureux. Kérato-conjonctivite phlycténulaire; trois petites vésicopustules à cheval sur le limbe cornéen de l'œil droit avec pinceau conjonctival.

Le 14, les ganglions ont diminué de volume, ils sont indolents la kérato-conjonctivite persiste avec blépharospasme et photophobie. Injection sous-conjonctivale au bioïdure de mercure à 4/000.

Le 17, un peu de réaction conjonctivale, les pustules

ont complètement disparu. La malade tenue en observation jusqu'au 10 février date de sa sortie n'a présenté aucun signe en particulier.

L'examen bactériologique des fongosités du sac lacrymal est fait au laboratoire de M. le professeur Arloing par MM. Courmont et Lesueur chef des travaux, qui nous remettent la note suivante : « Un cobaye inoculé sous la peau de la cuisse avec ces fongosités a présenté au bout de dix jours un chancre tuberculeux au point d'inoculation. Mort le 15. A l'autopsie, ganglions inguinaux et lombaires caséaux où l'on décèle par le procédé d'Ilauser de nombreux bacilles de Koch. Rate granuleuse. En somme la nature tuberculeuse de ces fongosités est évidente. »

OBSERVATION II (*inédite*)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Rollet, Hôpital de la Croix-Rousse.)

Tuberculose du sac lacrymal probable, (Fongosités d'aspect tuberculeux)

Louise M..., fillette de 8 ans. Enfant bien portant en venant au monde est confiée à une nourrice qui meurt poitrinaire deux mois après l'avoir sevrée. Son père, restaurateur à Caluire, est bien portant, sa mère jouit d'une bonne santé, ni frère, ni sœur. La santé de l'enfant a toujours été mauvaise. elle tousse fréquemment et a eu des hémoptysies. L'enfant a été mise à la campagne et on a constaté une amélioration, puis elle

fut prise de convulsions et présenta de l'engorgement ganglionnaire cervical et inguinal.

C'est insidieusement que se sont déclarés, il y a quelques mois les signes d'une tumeur lacrymale.

A son entrée dans le service, fistule lacrymale avec tuméfaction infratendineuse circonscrite faisant songer à une rétention. Le cathétérisme des voies d'excrétion des larmes est impossible. Enfant pâle, amaigri, grosse adénite cervico-maxillaire unilatérale gauche : quelques ganglions dans la région cervicale postérieure.

Après anesthésie à l'éther on pratique le premier temps de l'extirpation du sac, au niveau de la fistule, on enlève à la curette des *fongosités* semblables à celles de la tuberculose. Après tamponnement à la ouate, on aperçoit profondément le sac non ectasié et qui n'est ni incisé ni excisé. Il s'agit d'une masse fongueuse prélacrymale. La malade est partie au bout de quinze jours, la plaie complètement cicatrisée, pas de larmolement.

Deux mois après l'adénite cervicale devient chaude et douloureuse; à l'incision, issue de pus caséux.

Cinq ans après la malade est revue; aucune suppuration lacrymale, pas de cicatrice appréciable. On envoie la malade à l'Hôpital de Giens (Hyères).

OBSERVATION III

Tuberculose primitive du sac lacrymal par (Emile Bock)

(Observation résumée) (Examen microscopique et
bactériologique positifs)

« Franciska K..., âgée de 27 ans, couturière, me consulta le 20 juin 1850 pour une tumeur venue déjà depuis plusieurs semaines et située à l'angle interne de l'œil droit. La malade nous dit qu'elle descendait de parents sains et qu'elle même s'était toujours bien portée. Cependant depuis deux ans déjà elle se sentait souvent faible, elle maigrissait et elle ressentait des douleurs de plus en plus vives dans l'articulation du coude droit. L'état pathologique de l'articulation devenait toujours plus grave, en même temps que l'enflure et la douleur augmentaient, de sorte que le bras avait perdu la mobilité de l'articulation du coude.

Tout d'abord, l'irruption spontanée de pus épais et de masses caséiformes engagea la patiente à tenir compte des conseils du médecin. Elle renonça ensuite à suivre un traitement de peur qu'on lui fit une opération. En mars 1890, un écoulement abondant de larmes de l'œil droit empêcha la malade de travailler et elle vint consulter. D'après son récit, on pouvait faire sortir du sac lacrymal une grande quantité de pus. On incisa le canal lacrymal inférieur et on introduisit plusieurs fois la sonde Bowman facilement. Peu de temps après, ce traitement dut être aban-

donné, car il devenait très difficile et très douloureux.

Au commencement de mai 1890, la malade vit se développer rapidement une tumeur à l'angle interne de l'œil et le larmolement cessa presque complètement.

Lorsque j'examinai la malade, je vis une personne svelte, à peu près bien nourrie, pâle. Le coude droit était enflé et ne permettait que difficilement des mouvements passifs très limités. L'avant-bras était maintenu presque à angle droit sur le bras. La peau de la région, amincie et rouge, avait en plusieurs endroits des fistules de la grosseur d'un grain de chènevis et d'où sortait par la pression et spontanément aussi, une quantité minime de pus.

Dans la région du sac lacrymal droit était une tumeur presque aussi grosse qu'une noisette, recouverte d'une peau entièrement tendue d'aspect normal. La tumeur était immobile et donnait la sensation d'un empâtement ferme. La pression du sac ne modifiait pas la tumeur. La sonde introduite butait contre une ferme résistance, qu'on la fit passer par le point lacrymal inférieur ou supérieur, à l'embouchure du sac lacrymal. L'examen de la conjonctive, des cornées et du nez ne révéla rien d'anormal, pas plus que l'examen de tous les autres organes du corps. Léger gonflement des ganglions de l'aisselle droite.

Le diagnostic hésitait entre une occlusion du sac lacrymal, rempli d'une masse muqueuse et une néoformation de ce sac.

La malade consentit à une opération. Le 30 juin, j'incisai la peau de la tumeur sur une longueur de

1 centimètre $1/2$ et disséquai couche par couche dans la profondeur. Rapidement apparut une tumeur rouge brün, dont la partie profonde n'était pas adhérente. Elle saillit facilement à travers la peau incisée et je l'enlevai avec des ciseaux. Je grattai avec une curette tranchante, toute la cavité, mais sans aller jusqu'à l'os. L'hémorrhagie fut presque nulle. Quatre points de suture réunirent la peau. Compression modérée avec de la gaze iodoformée. Guérison six jours après.

Le 10 juillet, la malade revint consulter et se plaignit de douleurs à l'extrémité inférieure de la cicatrice, d'où sortait une goutte de pus. Guérison en peu de jours par l'introduction d'une mèche iodoformée. Le passage des sondes avait toujours été impossible.

L'examen histologique donne le résultat remarquable suivant : La tumeur avait une forme sphérique, d'un diamètre d'environ 10 millimètres. La surface était lisse, sauf à la partie inférieure où était un peu de tissu graisseux sous-cutané qui y adhérait. Au microscope on vit que la tumeur était à sa partie inférieure limitée par du tissu conjonctif tendu et pénétrée par de petits lambeaux de graisse dans son intérieur. Dans la même région on voyait des débris de cellules fusiformes allongées, débris du tissu musculaire lisse des sacs lacrymaux. A la périphérie de la tumeur, étaient des vaisseaux de calibre moyen, mais l'intérieur en était dépourvu. La tumeur consiste en masses cellulaires, séparées par des travées larges et petites du tissu conjonctif embryonnaire. Dans les plus gros de ces nodules on trouve souvent des parties caséifiées. Les nodules isolés étaient composés de cellules

roudes et épithélioïdes, qui étaient fortement pressées les unes contre les autres, en sorte que les nombreuses cellules géantes étaient souvent cachées. Dans celles-ci on ne trouve que peu de bacilles tuberculeux, ils sont plus nombreux en maints endroits entre les autres cellules. Dans les parties caséifiées on n'en trouvait pas. Jusqu'à ce jour aucune récurrence ne s'est produite et le malade n'a plus de larmolement, malgré l'absence totale démontrée avec une sonde du sac lacrymal.

OBSERVATION IV

Tuberculose primitive du sac lacrymal (Fick)

(Résumé)

Examens microscopiques multipliés sont positifs.

Mlle Irminger, 26 ans, entre en traitement le 19 août. Je diagnostiquai une dacryocystite et ordonnai des ablutions chaudes. Le lendemain, une pression modérée sur le sac lacrymal faisait sortir du pus par le point lacrymal supérieur. Le jour suivant, je remarquai autour du sac lacrymal un gonflement bien circonscrit. Mais ni les ablutions chaudes, ni les injections, ni le cathétérisme du sac ne parvinrent à améliorer cet état. Le 23 août, je fis une incision de la tumeur du sac pour faciliter l'écoulement du pus. Le lendemain, je trouvai le gonflement exactement aussi considérable. Je changeai mon diagnostic par celui de tuberculose du sac lacrymal. Un examen plus complet le

confirma. Le ganglion préauriculaire du même côté était gonflé, de même que ceux du maxillaire inférieur de la nuque et en avant ceux des deux côtés du cou.

Interrogée, la malade nous dit qu'elle ne pesait que 90 livres et souffrait fréquemment de toux avec expectoration abondante. L'examen des poumons ne révéla aucune altération prononcée.

Le traitement consécutif consista en applications locales d'iodoforme, de nitrate d'argent, et lavages du canal lacrymo-nasal. Il n'eut aucun succès.

Je proposai à la malade de lui extirper sa tumeur grosse à peu près comme une noisette. Après quelques hésitations la malade consentit à l'opération. Je la fis le 12 septembre. Elle eut lieu sans incident. La plaie assez étendue fut en partie suturée, en partie bourrée avec de la gaze iodoformée. La partie suturée guérit bientôt.

Le reste de la plaie, qui représentait une ouverture assez considérable demanda 12 jours pour se cicatriser complètement.

J'examinai histologiquement la tumeur qui avait été complètement enlevée. Cet examen confirma mon diagnostic. Dans huit des coupes que mon collègue Lubarsch eut la bonté de colorer, il n'y avait pas de bacille tuberculeux. En revanche, quelques-unes des préparations que je colorai, d'après la méthode de Gaule, présentaient des images si parfaites de nodules tuberculeux avec cellules géantes que, d'après l'assertion de mes amis Hanau et Lubarsch, on ne peut douter de leur nature tuberculeuse, malgré l'absence des bacilles.

Après deux mois je fis revenir la malade. Je la trouvais presque comme je l'avais laissée. A la place de la tumeur siégeait une cicatrice saine, insensible à la pression. Au milieu était une petite arête qui enlevée laissait voir une fistulette : la malade ne soupçonnait point son existence ; du reste elle disparut bientôt, grâce à un second tamponnement avec de la teinture d'iode forte.

En continuant l'examen de la malade, on remarqua que le ganglion préauriculaire gauche, ainsi que les ganglions du cou et de la nuque des deux côtés étaient disparus. Le sommet des poumons me parut douteux ; Hermann Müller trouva à l'un des sommets un affaiblissement du murmure vésiculaire. Pas de bacille dans les crachats : le catarrhe de la malade était dû à une insuffisance mitrale. »

OBSERVATION V

Tuberculose primitive du sac lacrymal (Loidholt).

Examen microscopique et bactériologique positifs.

Mlle Ida G..., âgée de 18 ans 1/2, consultait en 1885 le docteur Bauge, pour une affection lacrymale durant depuis un an.

Le sac lacrymal de l'œil gauche était enflé, ballonné.

Il s'en écoula une petite quantité de pus. Depuis il resta une tumeur nettement sensible, molle.

La malade ne présentait rien du côté du nez, mais sur nos questions elle nous signala sur son bras droit,

un foyer grand comme la paume de la main de tuberculose cutanée qui s'était développé dans l'espace de cinq ans.

A la clinique chirurgicale, M. le Dr Bouge extirpa le sac lacrymal. A cette occasion, on constata encore une fois la pleine intégrité de la conjonctive et de la muqueuse nasale. Le foyer du bras fut en même temps gratté et cautérisé au thermo-cautère. Il prit bientôt un aspect cicatriciel et l'on signa l'exeat de la malade en un état satisfaisant. Un an après, l'affection du bras se renouvela, tandis que l'affection lacrymale était considérée comme complètement guérie.

La muqueuse du sac lacrymal était granuleuse et n'offrit rien de caractéristique macroscopiquement. Il faut remarquer la non-participation de la conjonctive malgré le voisinage immédiat du foyer tuberculeux.

Les préparations de la muqueuse lacrymale montrent au microscope des éléments tuberculeux typiques. Les cellules géantes sont ici particulièrement nombreuses et belles. Les couches superficielles de cellules montrent une désagrégation morbide rapide.

Les bacilles tuberculeux étaient relativement nombreux. »

OBSERVATION VI (HAAB)

Tuberculose de la conjonctive propagée au sac
lacrymal

Examen microscopique positif

« Caroline K..., 17 ans, se présenta pour la première fois en janvier 1875 avec une enflure de la paupière

de l'œil gauche dont l'aspect rappelait l'érésypèle. Sur la conjonctive de la paupière inférieure se trouvaient des masses isolées en forme de crêtes de coq, de couleur variant du gris au rouge jaunâtre. Au niveau du sac lacrymal existait un fort gonflement. Il était produit, ainsi qu'on le diagnostiqua plus tard et comme l'opération le prouva, par des masses de même nature que celles de la conjonctive. On trouvait de nombreux ganglions fortement gonfiés au devant de l'oreille gauche et sous le maxillaire inférieur. A droite, conjonctive normale, pas de ganglions.

Ouverture et évidemment du sac. — Un traitement d'un mois diminue les granulations de la conjonctive et les rend plus rares, mais l'enflure diffuse ne disparaît pas complètement, les ganglions ne diminuent pas.

On trouva au microscope des nodules tuberculeux nombreux, des cellules géantes, mais seulement dans la moitié des nodules. Souvent au centre, au milieu des cellules, on rencontra un noyau compact, mais à côté il y avait un assez grand nombre de tubercules qui, à leur centre, se caséifiaient. »

OBSERVATION VII (IIAAB)

Tuberculose de la conjonctive propagée au sac
lacrymal

Examen microscopique positif

Homme de 32 ans. Depuis deux ans l'œil droit est affecté de larmoiement, l'œil gauche depuis un an et demi.

Depuis six mois, gonflement de la paupière supérieure droite.

Actuellement : individu pâle, faible, mais sans signes de tuberculose pulmonaire.

A gauche, le sac lacrymal forme une tumeur dont l'incision ne donne pas de pus. On y trouve seulement des granulations semblables à celle de la conjonctive. Guérison par le grattage et la cautérisation. On enlève un morceau de la muqueuse et l'examen microscopique y révèle une infiltration tuberculeuse.

OBSERVATION VIII (MORAX) (Résumée)

Tuberculose probable du sac lacrymal consécutive
à une rhinite tuberculeuse

Mlle X..., 6 ans, atteinte d'une tumeur double lacrymale datant de quelques mois. La malade ne se plaint pas de son nez et Cuvilier trouve seulement une légère hypertrophie : cependant de deux fragments de cette muqueuse nasale, l'un examiné au microscope révèle la constitution classique du lupus, et l'autre inoculé dans le péritoine d'un cobaye, détermine une tuberculose péritonéale et viscérale mortelle. « L'impossibilité de continuer à suivre la malade ne nous empêche pas de mettre un sérieux point d'interrogation sur la nature des tumeurs lacrymales. »

OBSERVATION IX (ARNOZAN)

Lupus de la joue droite et du nez chez une jeune fille atteinte antérieurement de fistule lacrymale et présentant simultanément un lupus de la fosse nasale droite.

« Au mois d'octobre 1888, Mlle X..., jeune Espagnole de 22 ans, vient me consulter pour la première fois au sujet de petites ulcérations qu'elle portait depuis quelque temps sur différents points de la face. Elle en présentait une, la plus importante, qui commençait un peu au-dessous de la racine du nez du côté droit, traversait obliquement la joue presque parallèlement au bord inférieur de l'orbite, mesurant dans sa plus grande largeur un centimètre à peine; elle en portait une autre de la dimension d'un gros grain de blé près de l'œil gauche; enfin on en trouvait quelques autres comme des grains de mil disséminés sur le pavillon des deux oreilles et à l'entrée des conduits auditifs. Les croutes épaisses et adhérentes qui couvraient le fond des ulcérations, les bords déchiquetés et présentant çà et là quelques nodules à teinte rouge pâle demi transparente, l'indolence de ces lésions ne pouvaient guère laisser de place au doute : il s'agissait de foyers multiples de lupus tuberculeux à forme ulcéreuse.

Mais ce n'étaient pas les seules lésions présentées par la jeune malade. En relevant le lobule du nez et en dilatant un peu fortement la narine droite, on aper-

cevait un gros bourgeon végétant qui obstruait en partie la narine correspondante. En abaissant la paupière inférieure droite, on constatait que le point lacrymal avait été incisé et qu'une large fente remplaçait l'étroit pertuis normal. L'histoire de ces deux ordres de lésions, telle que nous avons pu la reconstituer d'après les récits de la malade, paraît être la suivante : relativement au nez, Mlle X... se rappelle qu'elle a depuis très longtemps mouché des mucosités épaisses, verdâtres parfois, peut-être sanguinolentes ; qu'elle est souvent gênée pour respirer par la narine droite. Elle ne peut rien dire de très précis à ce sujet, les troubles fonctionnels étant peu accusés et l'examen direct n'ayant pas encore été pratiqué. Cet examen fut fait, d'ailleurs, quelques jours plus tard, par mon excellent confrère et ami le Dr Moure, qui reconnut l'existence de foyers lupiques occupant la muqueuse nasale du cornet inférieur et du méat inférieur, au voisinage de l'extrémité du canal nasal et occupant aussi la cloison dans sa région cartilagineuse et la face interne des ailes du nez.

Quant à la paupière inférieure, voici les incidents qui s'y étaient passés. Il y a 5 à 6 ans, Mlle X... s'était plaint de larmoiement, puis d'un peu de sécrétion muco-purulente de la conjonctive. Finalement, une tumeur lacrymale s'était formée et ouverte, et la malade s'était alors confiée aux soins de notre distingué confrère le Dr Sous. Celui-ci avait incisé le point lacrymal inférieur, soigné et guéri la dacryocystite et la fistule consécutive, mais non sans que l'écoulement du muco-pus et des larmes par l'orifice fistuleux du sac, n'ait déterminé tout alentour un peu d'érythème. Les

lésions lacrymales une fois guéries, cet érythème avait pâli et paru guérir. Assez longtemps après, les lésions lupiques avaient apparu et *leur premier* foyer avait précisément occupé *le territoire de cet érythème*. Les *autres foyers* lupiques ne s'étaient montrés qu'ultérieurement.

Tel était l'état de Mlle X... Telles étaient les circonstances pathologiques qui avaient précédé et accompagné les débuts de sa dermatose au moment des premiers examens. Ajoutons que les antécédents de famille sont très satisfaisants, que les frères et sœurs de la malade, très nombreux, sont absolument sains. Ajoutons enfin qu'une médication (iodique) récemment faite avec excès par la malade a pu contribuer dans une certaine mesure au développement assez répandu et surtout à la multiplication des foyers d'ulcérations. — La malade repoussant d'abord une intervention chirurgicale, je prescrivis l'huile de foie de morue à l'intérieur, des pommades à l'iodoforme, etc. — Je fis quelques applications à l'acide lactique. Mais ce traitement fut inefficace. L'ulcération de la joue droite progressait rapidement, surtout dans sa partie externe : elle envahissait la pommette et formait en s'épanouissant au niveau de l'os malaire une large plaque de la dimension d'une pièce d'un franc. En même temps, la perte de substance située près de l'œil gauche s'agrandissait aussi et des tubercules isolés apparaissaient sous forme d'un petit semis sur le lobule du nez. — Le raclage à la curette fut alors proposé et accepté (avril 1889). La jeune malade anesthésiée au chloroforme par le Dr Moure, je pratiquai avec soin l'extirpation de toutes les parties

malades des ulcérations, ainsi que des tubercules isolés des oreilles et du nez ; puis le Dr Moure se charge du curettage de la fosse nasale droite et de quelques végétations récemment apparues dans la fosse gauche. Les suites de cette double intervention furent très simples : quelques jours après, les plaies opératoires étaient cicatrisées. Les cicatrices d'abord exubérantes se sont peu à peu affaissées, et la guérison semblait complète et parfaite quand une récurrence survint. »

Mêmes remarques que dans l'observation X, notons en outre que la récurrence qui survint est bien faite pour nous démontrer que même les raclages opérés sous anesthésie sont insuffisants, et que lorsqu'on a la chance d'intervenir sur des organes comme le sac lacrymal, c'est à l'extirpation de l'organe même que l'on doit songer tout de suite afin de transformer la lésion en une simple plaie ordinaire aseptique.

OBSERVATION X (ARNOZAN).

Adénite cervicale suppurée. Ulcération scrofuleuse de la face supérieure du voile probablement très ancienne. Fistule lacrymale. Lupus de la joue et du nez.

Au mois de novembre 1889, M. P... vint pour la première fois à la consultation dermatologique de la Faculté de médecine. C'est une jeune fille de 21 ans, exerçant la profession de culotière, elle est grande, forte, mais présente sur son faciès, indépendamment de la lésion qu'elle veut faire soigner, les attributs du

tempérament scrofuleux, peau un peu grasse, nez bouffi, lèvres très épaisses, etc. Elle vient à la consultation pour une large plaque rouge, offrant la forme d'un triangle, dont le sommet se trouve à l'angle interne de l'œil, dont la base légèrement ondulée, part du dos du nez, un peu au-dessus du lobule, pour se terminer un peu au-dessous de la partie moyenne de la paupière inférieure droite. Cette plaque est saillante, épaisse, infiltrée, recouverte de croûtes et d'ulcérations, présente en un mot tous les caractères du lupus. L'œil droit est constamment demi-clos ; la cornée, un peu opacifiée çà et là, présente les traces d'une ancienne kératite ; le point lacrymal inférieur a été incisé.

Sur les côtés du cou, le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on aperçoit, cinq ou six cicatrices, grandes comme des pièces de 0 fr. 50 ou d'un franc, rouge violacées, un peu plissées, traces d'anciens abcès ganglionnaires. Une cicatrice analogue, plus déprimée et plus profonde se trouve sur la ligne médiane en arrière du menton. Enfin pour compléter l'examen des diverses parties de la face, ajoutons que les fosses nasales secrètent des mucosités abondantes, et dégagent une odeur légèrement fétide, que la muqueuse buccale est saine et que la paroi pharyngienne postérieure est d'une sécheresse remarquable.

L'état général est bon, l'appétit excellent, la menstruation régulière. Il n'y a pas de leucorrhée. L'examen stéthoscopique ne fait constater rien de suspect.

La jeune malade déclare que la lésion actuelle a débuté il y a huit ans environ, alors qu'elle avait de

13 à 14 ans. Mais il est nécessaire de remonter plus haut pour bien connaître tout son passé pathologique. Aussi loin que les souvenirs peuvent remonter, elle se rappelle avoir mouché, avoir rejeté par les narines d'abondantes mucosités : puis vers l'âge de 7 ans, un premier abcès ganglionnaire se développe en arrière de la mâchoire inférieure droite, abcès bientôt suivi d'autres semblables qui formèrent peu à peu un collier dont la trace est marquée par les cicatrices que nous avons signalées plus haut. A l'âge de 13 ans, survint près de l'angle interne de l'œil droit un gonflement, une petite tumeur dont la pression fait sourdre par les points lacrimaux un liquide mélangé de pus et de larmes. Cette petite tumeur s'enflamma et s'ouvrit : c'est alors que la malade vint consulter M. Badal. L'incision du point lacrymal, le cathétérisme régulier du canal nasal eurent bientôt fait justice de cette fistule lacrymale. Mais tandis que cette lésion guérissait, d'une part, la cornée s'opacifiait légèrement, d'autre part, sur les bords de l'orifice fistuleux, en voie de guérison se développait une zone rouge, sorte d'érythème auquel la jeune fille ne prit pas garde, et qui grandissant d'année en année, a fini par constituer en progressant excentriquement la lésion pour laquelle on vient réclamer nos soins.

Ce n'est pas que jusqu'à présent rien n'ait été tenté : diverses pommades, des cautérisations au thermo-cautère, l'usage interne de plusieurs sirops et de l'huile de foie de morue ont été successivement tentés, mais sans succès. Le diagnostic de lupus tuberculeux ayant été porté, nous décidons d'attaquer le mal par le

raclage (novembre 1889). La jeune fille supporte l'opération sans anesthésie. Hémostase à l'amadou. Pansement à l'emplâtre de Vigo. En dix jours la guérison paraît presque parfaite. Malheureusement des récidives incessantes se sont produites, et il a fallu recommencer le curettage en octobre 1890, janvier 1891, avril 1891. Au moment de cette dernière intervention, le lupus a pris un développement des plus fâcheux : toute la cicatrice obtenue par les précédentes opérations est entourée d'un large liseré rouge et sur le nez la lésion qui a envahi le lobule, a amené un gonflement énorme de cet appendice qui est bourgeonnant, tuméfié, ulcéré, couvert de croûtes. Entre ce foyer et le liseré rouge de la cicatrice existe une bande étroite de peau saine. Sur la surface même de la cicatrice l'on peut, en outre, constater deux ulcérations. L'état général est médiocre ; la jeune malade a dû beaucoup travailler pendant l'hiver ; aussi, malgré l'usage régulier de l'huile de foie de morue a-t-elle sensiblement maigri. Le 8 avril 1891, cette fois après anesthésie au chloroforme, nous pratiquons le raclage. Pansement comme précédemment. La plaie opératoire suppure abondamment mais cicatrise avec rapidité. Depuis que M. P... s'est confié à nos soins, j'ai pu faire examiner l'intérieur des fosses nasales par nos confrères Guément et Lichtwitz, ils ont constaté la présence d'un gros bourgeon lupique sur la face interne de l'aile gauche du nez, et sur la face postéro-supérieure du voile et de la luette une vaste ulcération.

OBSERVATION XI (ARNOZAN)

Lupus tuberculeux de la joue chez un homme atteint de fistule lacrymale et d'ulcération de la fosse nasale correspondante.

« Le nommé Pierre M. . . , âgé de 32 ans, cultivateur, m'est adressé par M. le professeur Badal, au mois de décembre 1890. Quand je l'examine pour la première fois, je constate la présence d'une ulcération fongueuse occupant l'angle compris entre l'œil droit et le nez, et constate en outre un ectropion prononcé de la paupière inférieure droite ainsi que la trace de l'incision du point lacrymal correspondant. Ces deux faits établissaient une si parfaite analogie entre le cas P. M. . . et les deux observations précédentes, que ma curiosité fut vivement excitée. Je voulus savoir si ses antécédents se rapprochaient de ceux de nos deux autres malades, et voici ce que m'apprirent les notes très détaillées de M. Marichon, interne de la clinique ophthalmologique.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Antécédents personnels : rougeole à l'âge de cinq ans, guérie sans avoir laissé de lésion sur les muqueuses oculaires ou nasales; à 15 ans, névralgies faciales fréquentes que le malade a attribuées à des caries dentaires. Début et marche de la maladie. C'est en 1886, que le malade a constaté pour la première fois une sorte d'obstacle permanent dans les fosses nasales; dès cette époque, il éprouva une difficulté croissante à respirer et à souf-

fler par le nez qu'il sent comme obstrué à sa partie supérieure surtout à gauche. Vers l'année 1887, survint un écoulement de mucosités par les narines, le malade se croit atteint d'un « rhume de cerveau » chronique. Les mucosités sont parfois sanguinolentes; parfois aussi, elles se concrètent en croûtes jaunâtres. Cet état catarrhal est très nettement influencé par les variations de température extérieure. En 1887, aux symptômes précédents qui se sont aggravés vient s'ajouter un autre : le larmolement de l'œil droit et avec le larmolement vient un peu de conjonctivite. Quelques temps après apparaît une ulcération au voisinage de l'angle interne de l'œil droit, ulcération souvent couverte de croûtes de couleur rouge foncé, de forme circulaire à tendance envahissante, l'extension se faisant surtout vers la paupière inférieure, il en résulte un ectropion très prononcé. Des pansements à l'iodeforme, des cautérisations au nitrate d'argent, des applications de teinture d'iode améliorent l'ulcération, mais aussitôt le traitement suspendu, l'ulcération reparait de plus belle. C'est alors que le malade vient consulter le professeur Badal qui constate entre l'ectropion et l'ulcération un phlegmon du sac lacrymal et une fistule lacrymale ouverte dans l'ulcération même. Le point lacrymal inférieur est incisé, le sac lacrymal ouvert et raclé (mai 1890). Le malade quitte l'hôpital puis y revient en novembre 1890, toujours dans le même état au point de vue de l'ulcération et de l'ectropion, mais la fistule lacrymale est fermée.

Le 2 janvier 1891 j'examine le malade et je constate les faits suivants : ectropion très prononcée de la pau-

pière inférieure droite, portant surtout sur la partie interne. Le point lacrymal inférieur, incisé depuis longtemps, forme une gouttière dont la lèvre antérieure déviée par l'ectropion se relève en un relief très aigu qui contourne le grand angle de l'œil, cette gouttière est toujours pleine de larmes qui débordent et s'écoulent sur la joue. Une plaque rouge, saillante, plus grande qu'un franc, à contours irréguliers, occupe l'espace angulaire compris entre la paupière inférieure et le nez, et descend un peu sur la joue. La surface de cette plaque est inégale, parsemée sur certains points de petites pustules, sur d'autres recouverte de squames. Elle est d'une couleur rouge foncé ; épaissie, infiltrée assez profondément, mais sans adhérence avec les parties sous-cutanées.

Des applications récentes de calomel, puis de chlorate de potasse ont peut-être modifié l'aspect naturel de cette lésion. On surseoit, donc, à tout diagnostic ferme et à toute intervention. Pas d'engorgement ganglionnaire. Deux petits lambeaux creusés sur cette plaque sont inoculés dans le péritoine d'un cobaye, mais l'expérience n'aboutit pas, l'animal en effet est mort peu de temps après d'une affection accidentelle. Le 26 janvier : depuis trois semaines toute application de chlorate de potasse a été suspendue ; on s'est contenté comme topique d'une pommade au calomel à dose très faible. L'ulcération a meilleur aspect, l'infiltration est moins profonde : la surface toujours rouge vif est manifestement parsemée de nodules tuberculeux, les uns érosifs, les autres squameux. Ces modifications se sont produites peu de jours après la cessation du

chlorate de potasse; mais depuis plus d'une semaine l'état local est stationnaire. Râclage à la curette des parties malades sous anesthésie. Le larmolement persiste, mais à part l'épiphora et l'ectropion l'œil est sain et les lésions cutanées paraissent guéries deux semaines après. Relativement à l'état des fosses nasales, M. Guément m'a remis la note suivante : « La fosse nasale gauche est indemne. A la partie inférieure du plancher de la fosse nasale droite, existe une ulcération superficielle s'avancant jusqu'à l'orifice antérieur, remontant sur la cloison qu'elle a envahie dans l'étendue de 4 millimètres. Sur la paroi externe de la cavité, l'ulcération s'étend au méat inférieur où nous ne pouvons la suivre, à cause de la présence du cornet inférieur dont les dimensions sont normales. Cependant le bord inférieur de ce cornet, sur une étendue de 2 centimètres à partir de son extrémité antérieure, est irrégulier, déchiqueté et saignant au moindre contact, ce qui nous permet de supposer que la muqueuse tapissant la face inférieure de ce repli est elle-même envahie par l'ulcération. L'examen rhinoscopique postérieur fait constater que la muqueuse de la partie postérieure de la cloison, du cornet inférieur et du cornet moyen est saine. »

OBSERVATION XII (MORAX) (Résumée)

Tuberculose du sac lacrymal probablement
d'origine nasale

Examen bactériologique et inoculations positifs.

M. M. . . , 23 ans, se présente le 22 janvier 1898, pour une affection bilatérale des voies lacrymales. Depuis

un an les yeux, qui jusqu'alors allaient bien, ont commencé à larmoyer.

Il y a trois mois, au niveau du sac du côté droit, poussée inflammatoire qui pousse le malade chez le médecin.

Curettage du sac et cathétérisme de ce côté. Dans l'œil gauche, il y a cinq semaines, il se produisit une saillie douloureuse au niveau du sac, réaction fébrile certaine cédant à l'ouverture de l'abcès cinq jours après. Depuis, trajet fistuleux, tumeur lacrymale sujette de temps en temps à des poussées inflammatoires. Ganglion sous-maxillaire gauche volumineux, hypertrophie manifeste de tous les ganglions cervicaux. L'œil droit ne présente que du larmolement, pas de fistule mais canal rétréci. L'œil gauche est le siège d'un larmolement très marqué et d'une légère sécrétion purulente. Région du sac empâtée sur une étendue de 1 centimètre, au-dessus une ulcération à bords taillés à pic et fond granuleux, une injection faite par le point lacrymal ressort par la fistule. Cathétérisme possible. Antécédants du malade : mère et sœur tuberculeuses, lui-même adénopathies cervicales depuis l'âge de 6 ans.

Prévoyant la nature tuberculeuse de l'affection, l'auteur pratique l'inoculation à un cobaye d'un petit lambeau de la muqueuse du sac : cette inoculation a donné lieu à un chancre d'inoculation suivi de lésions tuberculeuses ganglionnaires et viscérales auxquelles le cobaye a succombé au bout de deux mois et demi et dans lesquelles on constatait le bacille de Koch.

Le malade ausculté présentait des lésions peu accu-

sées limitées au sommet gauche, se traduisant par une légère submatité, une inspiration rude avec expiration prolongée et quelques frottements pleuraux, pas de signes cavitaires. L'origine nasale est sérieusement soupçonnée, étant donné le processus et la bilatéralité des lésions ; mais le malade se refuse à se laisser inciser un petit lambeau de la muqueuse nasale.

OBSERVATION XIII (PROCHIER) (Résumée)

Un cas de tuberculose du nez, des voies lacrymales et de la conjonctive avec extension consécutive aux poumons.

Un homme de 30 ans avec ulcère tuberculeux à la face muqueuse de la paupière inférieure gauche. Voies lacrymales imperméables. Sur le cornet inférieur granulations jaunâtres. Engorgement des ganglions préauriculaires et cervicaux. Deux mois plus tard le sommet du poumon droit était pris.

OBSERVATION XIV (TERSON).

Insuccès des cathétérismes. — Succès de l'extirpation

Marie C..., 20 ans. Se présente à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, le 8 avril avec une énorme tumeur lacrymale à droite.

Antécédents scrofuleux dans l'enfance : Kératites répétées ayant laissé des taies, cicatrices ganglion-

naires au cou. Lupus aux narines et sur l'aile du nez datant d'un an à peu près pour lequel la malade est traitée à l'hôpital Saint-Louis par l'acupuncture, les pointes de feu, l'emplâtre Vigo et l'usage de l'arséniate de soude.

Il y a 4 ans, sans larmoiement préalable, abcès du sac lacrymal droit qui s'est ouvert tout seul. Un médecin a pratiqué le cathétérisme, l'abcès est refermé, il a laissé une dilatation du sac avec catarrhe muco-purulent. Nouvel abcès il y a un an qui se referme peu après mais les voies nasales sont obstruées dès ce moment et on n'a jamais pu repasser les sondes. Actuellement le sac a la grosseur d'une noisette : tout reflux en haut ou en bas est impossible. Larmoiement léger : conjonctive enflammée. Incision cutanée de la poche qui donne du pus verdâtre. Au côté opposé catarrhe muqueux du sac avec très légère dilatation, très améliorée par incision et sondes. En juin, les accidents reprennent, la tumeur lacrymale a encore grossi : le sac s'étend jusqu'au niveau de la partie médiane de la paupière inférieure, mais la peau est très mobile au devant de lui, et n'adhère que sur un point très étroit correspondant à l'ancienne fistule. Aucun reflux n'est possible.

La malade entre à l'hôpital : le 16 juin, extirpation du sac par Panas : cautérisation de l'unguis au thermo pour atteindre la muqueuse adhérente. Guérison complète en juillet, cicatrice linéaire presque verticale, pas d'ectropion ni larmoiement. Trois mois après la malade revue conservé tous les avantages de l'opération.

CHAPITRE VIII

Conclusions

I. — La tuberculose du sac lacrymal a été longtemps méconnue, mais elle existe. Malgré le pouvoir bactéricide, attribué aux larmes et malgré la bénignité de la tuberculose oculaire sur lesquelles ont insisté certains auteurs, grâce à la technique bactériologique on peut affirmer aujourd'hui l'existence d'une tuberculose du sac lacrymal.

II. — Cliniquement, la tuberculose du sac lacrymal revêt des formes aiguë, chronique ou osseuse. C'est souvent sous l'aspect d'une rétention lacrymale que se présente cette affection, avec canal fermé ou canal ouvert avec issue de pus caséux. L'adénite préauriculaire ou sous-maxillaire, ainsi que l'examen du terrain mettront sur la voie du diagnostic.

III. — Les observations de tuberculose du sac sont très rares. Aux cas de Haab 89, de Loidholt 89, de Fick 91, de Bock 94, de Jaulin 94, de Morax 98, nous

ajouterons deux cas de M. le professeur agrégé Rollet dont la certitude repose au moins pour un, sur l'examen microscopique et l'inoculation.

IV. — Il s'agit de tuberculose locale guérissant par l'intervention chirurgicale, mais le pronostic doit être réservé. La tuberculose du sac semble primitive dans certains cas, mais dans d'autres elle vient compliquer des altérations de même nature, siégeant sur la peau (lupus de la face), à l'œil (tuberculose conjonctivale), au nez (lupus des fosses nasales).

V. — Le traitement consistera dans l'extirpation méthodique et antiseptique du sac lacrymal avec pansement à plat.

VU :

Le Président de thèse,

J. COURMONT.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADOLPH. — *Über die Ausschaltung der Trannensalks*. Thèse de Könisberg, 1898.
- AMIET. — *Inaugurale dissertation*. Zurich, 1887.
- ALLSTRÖM. — *Technique de l'extirpation du sac*. Assoc. pour l'avancement des sciences. Saint-Etienne, 1897.
- ARMAIGNAC. — *Tuberculose primitive de la paupière inférieure. Généralisation aux poumons*. Mort. Congrès d'opht., 1897.
- Albert TACQUET. — *Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires*. Thèse de Paris.
- ABADIE. — *Arch. d'opht.*, 1890, p. 432.
- ARNOZAN. — *Arch. d'opht.*, 1891, p. 496.
- AUGAGNEUR. — *Revue de laryngologie de Moure*. 1889.
- BOCK. — *Tuberculose du sac lacrymal*. Berl. Klin. Wock., 1891.
- BURNETT. — *Arch. of. opht.* XIX, 1850.
- BON. — *Curettage du sac lacrymal*. Thèse de Paris, 1890.
- BATUT. — *Arch. de Gougenheim*, 1893.
- BASINELLI. — *Phlegmon de l'orbite, suite du phlegmon du sac*. Clinica moderna, clinico IV, n° 20.
- BOCK. — *Centralblatt für Augenheikunde*, 1891, p. 351.
- CONGRÈS DE COPENHAGUE. — *Discussion sur le lupus*, 1884.
- CORTOZ. — *Tuberculose des fosses nasales*. Bulletin Société clinique de Paris, 1887.

- CRONIER. — Inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. Thèse de Paris, 1888.
- COLIN. — Dacryocystite chez un lupique. Berliner Kinisch Wochenschrift, 1891.
- COSMOTTETOS. — Recherches sur le développement des voies lacrymales. Thèse de Paris, 1898.
- DENIG. — Tuberculose de l'œil. Arch. of. opht., vol. XXVII, p. 637.
- DU CASTEL ET LELOIR. — Tuberculose cutanée.
- DURR. — Méthode simple pour la destruction du sac Arch. of. opht., vol. XXVII, p. 691.
- DALON. — Cas de carcinome après l'extirpation du sac lacrymal. Augenhilk, mai 1899, p. 321.
- DANIEL. — Complications des affections lacrymales.
- DESPAGNET. — Recueil d'opht. de Galezowski, 1889, p. 513.
- DUVAL. — Cours de physiologie (sur le sac), 1892.
- DUBOIS-HAVENIER. — Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement. Bruxelles, 1890.
- DE WECKER. — Raclage du sac (Arch. d'opht., 91, p. 492).
- EVERSBACH. — Extirpation du sac pour traitement d'inflammation chronique des voies lacrymales.
- FRÖNLICH. — Affections et traitement du sac lacrymal. — Ann. d'ocul., 1896, v. 116, p. 142.
- FRÆSCHER. — Un cas de tuberculose primitive des voies lacrymales et de la conjonctive avec propagations aux poumons. Centr. für prakt. Augenheilk, mai 1899.
- FERRAND. — Affections oculaires produites par les altérations des voies lacrymales. Thèse de Paris, 1873.
- FICK. — Correspondenz Blatt für Schwiger, Aertze, 1891.
- FARAVELLI ET KRACK. — Annal. de Gougenhein, 1889, 834.
- GILLET DE GRANDMONT. — Lupus de la conjonctive, inoculation expérimentale, généralisation de la tuberculose. (Journal de Med., octobre 89).
- GAYET. — Société Franç. d'Opht., 1885.
- GUEMENT. — Affections consécutives aux maladies lacrymales. Thèse de Paris, 1873.

- GERSTEMBURG. — Beitrage zur bactériologis. untersackung-Trannensackeitors. Thèse de Wursbourg, 1896.
- GROBE. — Zur pathologischen-anatomie des Trannensackeitors. Thèse d'Iena, 1898.
- GOURFEIN. — Etude expérimentale sur la tuberc. des voies lacrymales. Annal. d'Ocul., 1891, vol. 121.
- HOLTH. — Tuberculose du sac lacrymal. Société de Méd. de Christiania, octobre 1899.
- HAAB. — Fausse tumeur du sac lacrymal. Annal. d'ocul. v. 118.
— Deux cas de tuberculose des voies lacrymales. Arch. fur Opht. XXV, IV, p. 163.
- HERTEL. — Consribution à l'anatom. patholog. des affections du sac. Annal. d'Ocul., 1900, p. 50.
- HOFFMANN. — Extirp. du sac lacrymal, Augenheilk. 1896 (ou annal. d'Ocul. 96.)
- HORMANN. — La sonde à demeure dans les affections du canal lacrymal. Klin. Mon. f. Aug., décembre 1897.
- JAULIN. — Tuberculose de l'appareil lacrymal. Thèse de Paris, 1894.
- JOUVES. — Développement des voies lacrymales chez l'embryon. Thèse de Toulouse, 1897.
- JOERS. — Beitrage zur normale und patologischen histologie de Trannenschlauches. (Arch. opht.)
- JAESCH. — Stenosis of the lacrymal duct. Arch. of opht. XIX.
- LAPERSONNE. — Arch. d'opht. 1892.
- LOIDOHLT. — Thèse de Wursbourg, 1887.
- LONGHAUS. — Habilitationschrift. Morburg, 1887.
- LOVINÇON. — Etude clinique bactériologique sur les maladies des voies lacrymales produisant le larmoïement. Thèse de Paris, 1897.
- MORAX. — Lupus des voies lacrymales. Société Franç. d'Opht., 1898.
- MOLDENHAUSER. — Traité des maladies des fosses nasales, 1888.
- MASSON. — Etude sur la tuberculose de la conjonctive, 1887.
- MAZET. — Recherches bactériolog. sur 2 cas de tumeurs lacrym. Annal. d'Ocul., 1894.
- MAZET. — Sur l'empyème du sac. Thèse de Paris, 1894.

- PANAS. — Leçons sur les maladies de l'appareil lacrymal, 1877.
- PUECH. — Opération des fistules anciennes et de grande dimension du sac. *Rev. d'Opht.*, juillet 1897.
- PEYROUSE. — Des affections du grand angle simulant une maladie des voies lacrymales. Thèse de Lyon, 1895.
- PROSCHIER. — Un cas de tuberculose primitive du nez, des voies lacrymales et de la conjonctive avec extension consécutive au poumon.
- ROCHON-DAVIGNEAUD. — Remarques sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales. *Cliniq. ophtal.*, juin 1899.
- ROLLET. — *Lyon Médical*, 7 juin 1896. 2 mai 1894.
- Tuberculose du sac lacrymal. *Cliniq. opht.* 1899.
- Tumeur prélacrymale et son traitement. *Lyon Médical*, février 1900. *Ann. d'oculist.*, mai 1900.
- RENNY. — Thèse de 1883.
- RHEIN. — *Munchen Med. Woch.*, 1886.
- RIPAUX. — Observation sur la guérison d'une dacryocystite et ulcère infectieux de la cornée par l'extirpation de polypes nasaux.
- RAULIN. — Lupus primitif de la muqueuse nasale. Thèse de Paris, 1887.
- SEIFERT. — Tuberculose du canal nasolacrymal. Réunion des laryngologues d'Heidelberg, 1899.
- SATTLER. — Tuberculose conjonctivale. Congrès d'Heidelberg, 1891.
- STOLLING. — *Arch. of opht.* XXXII, 1886.
- SUSSKIND. — Klinischen und anatomischen beitrage zur tuberculose de Trannensack. Thèse de Wurzbourg, 1896.
- SAVERIO. — Des affections des voies lacrymales. *Gaz. Méd.*, octobre 1897.
- TERSON. — De la destruction et de l'extirpation du sac. *Arch. d'opht.*, 1891.
- TÉTAN. — Influence du traitement rhinopharyngien dans les kérato-conjonctivites. Thèse de Paris, 1892.
- THIBIERGE. — Tuberculose cutanée (*Revue des Sciences Méd.*, XXXVII).
- VAN-DUYSE. — Tuberculose oculaire (*Annal. d'ocul.*, 1890).

- TROUSSEAU. — Lupus et tuberculose oculaires. Arch. d'opht., 1889.
- VALUDE. — Action bactéricide des larmes. Arch. d'opht., 1899.
- VIEUSSE. — Contribution à l'étude de la tuberculose conjonctivale. Arch. d'opht., 1889.
- VALUDE. — Etude sur la tuberculose expérimentale du sac. Arch. d'opht., 1889.
- TCHERNO-SCHWARTZ. — Sur la suppression du larmolement par l'extirpation du sac. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1898.
- TRUC. — Quelques graves complications lacrymales. Annal. d'ocul., 1900.
- VINCENT. — Contribution à l'étude du phlegmon du sac lacrymal. Thèse de Paris, 1894.
- VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Thèse de Lyon, 1896.
- WOTJASIEWITZ. — Essai sur les rapports de la tuberculose de l'œil. Thèse de Paris, 1886.
- ZIMMERMANN. — Contribution au traitement du sac lacrymal. Annal. d'ocul., vol 118.
- ZIEM. — Annal. de Gonguenheim, 1893, p. 46.
- Traité cliniques.* — Wecker et Masselon, Dict. Jaccoud, Kirrnisson, Truc et Valude, Galezowski, Tillaux, Panas, Fuchs.

